



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana



## Intervenção Psicomotora na Equipa de Pedopsiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre  
em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Mestre Janete Filipa Santas Noites Maximiano

Júri:

Presidente:

Professor Doutor António Fernando Boleto Rosado

Vogais:

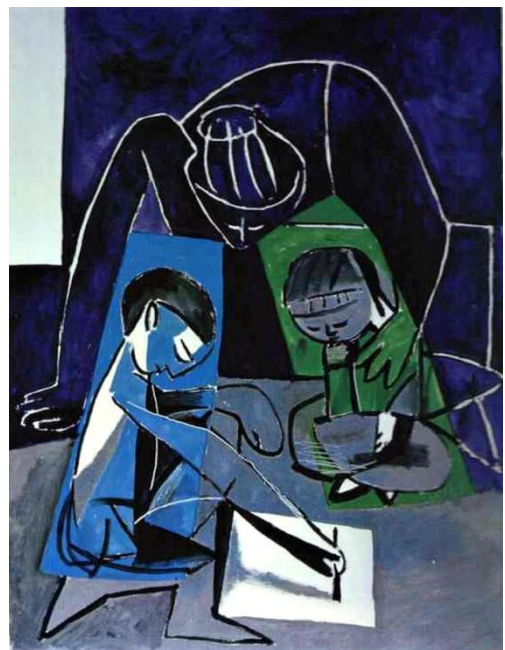
Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Mestre Janete Filipa Santas Noites Maximiano

Richard Sousa Fernandes

2014



“Deixa-me dizer isto: se tivesses acreditado mais no desenho do que na escrita  
estarias mais próximo do que é verdadeiro no Mundo.  
Foi uma questão de crenças, foi uma aposta em cavalos.  
Os homens apostaram no cavalo errado. Eis um resumo possível da história das  
ciências (e não só). Porque não existem «línguas» diferentes de desenhos? Desenhos  
em línguas diferentes?”

(Gonçalo M. Tavares)

## Agradecimentos

### I

À minha família, a minha primeira, segunda e *ad infinitum* cultura, agradeço tudo o que me foi proporcionado desde o início. Obrigado por me ensinarem a brincar, a desenhar e por terem fomentado o meu espírito curioso. Caso eu tivesse uma visão maniqueísta do mundo, certamente vocês seriam os alicerces e impulsionadores do meu lado bom.

### II

À Mestre Janete, mestre no saber, agradeço todos os ensinamentos e a generosidade na partilha dos mesmos. Nesta caminhada aprendi a ter uma visão mais integradora e menos fundamentalista de conceitos essenciais em psicomotricidade. Aprendi também que a partir do objeto mais simples se pode fazer uma grande atividade e que é nessa simplicidade que reside a riqueza da terapia psicomotora.

### III

A todo o serviço de psiquiatria, e particularmente à equipa de pedopsiquiatria, deixo o meu obrigado por me terem recebido e integrado da melhor forma; uma equipa onde todos oferecem o seu melhor em prol das crianças e das famílias; e que apesar da falta de recursos humanos e materiais, existem outros recursos em abundância – a partilha, a criatividade e o contributo para uma sociedade mais saudável.

### IV

Às crianças por mim acompanhadas que me fizeram redescobrir o valor do brincar e que me ajudaram a apurar características para ser melhor enquanto psicomotricista e pessoa. Aqui manifesto o meu reconhecimento a todas as crianças por me terem mostrado a beleza da brincadeira e do sonho.

### V

Aos pais das crianças que manifestaram toda a disponibilidade em colaborar na terapia psicomotora.

### VI

À Joana, a quem eu ensinei a desenhar uma casa nos primeiros dias do jardim-de-infância e em troca, ensinou-me o valor da amizade; à Marta e à Sofia pelo companheirismo e por todas as partilhas de saberes e experiências.

## **VII**

Ao Ricardo, pelos filmes e leituras tantas vezes interrompidos; pelas histórias que tantas vezes recontei.... O meu obrigado por me ter feito atentar no que está para além do centro.

## **VIII**

Por fim, e não menos importante, a todos aqueles que contribuíram e contribuem para a produção de conhecimento.

## **Resumo**

O presente relatório apresenta as experiências vividas no estágio em Psicomotricidade na equipa de pedopsiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, entre os meses de outubro e junho de 2013. O estágio insere-se no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana. O âmbito do estágio incide sobre a intervenção psicomotora em saúde mental infantil, sendo que foram acompanhadas crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 13 anos com psicopatologia prevalente, com ou sem comorbilidade com as perturbações do desenvolvimento.

Ao longo deste período, o estagiário procedeu à avaliação do perfil intraindividual psicomotor de cada uma das crianças, estabeleceu um plano terapêutico e interveio sobre os casos referenciados. As sessões desenvolveram-se, individualmente, no ginásio do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e com um carácter terapêutico ou reeducativo.

No presente trabalho será exposto a temática do corpo e da mente, enquanto instrumentos de trabalho do psicomotricista, a exploração de conceitos de psicomotricidade e saúde mental infantil, a apresentação teórica das psicopatologias da amostra. Serão ainda apresentados com maior detalhe os casos intervencionados, dois casos de estudo e as atividades complementares de formação.

**Palavras-Chave:** Hospital Fernando Fonseca, Pedopsiquiatria, Psicomotricidade, Saúde Mental Infantil, Terapia Psicomotora

## **Abstract**

This report refers to the internship experiences in the child and adolescent psychiatric team of Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital during the months of June and October 2013. The internship is part of the Master in Psychomotor Rehabilitation of the Human Kinetics Faculty and its main goal is to deepen professional skills and competencies. The scope of the internship focuses on psychomotor intervention into childrens' mental health, targeting ages 4 to 13 years, with prevalent psychopathology and with or without comorbidity with development disorders. Throughout the internship period, the student assessed the intraindividual psychomotor profile of each child, established a therapeutic plan and intervened on referred cases. The sessions were developed individually in the gym of the Daily Hospital of the Psychiatric Service and had a therapeutic or re-educative approach. This report will expose the body-mind problem as tools for the psychomotricist, the exploration of concepts of psychomotricity and childhood mental health as well as a theoretical presentation of psychopathologies in childhood. Additionally, the intervened cases, two further case studies and all complementary activities of the internship will also be presented in greater detail within this report.

**Keywords:** Fernando Fonseca Hospital, Childrens' mental health, Pedopsychiatry, Psychomotor Therapy, Psychomotricity

## **Siglas e Abreviaturas**

**ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde**  
**APA – American Psychological Association**  
**BOT-2 – Teste de Proficiência Motora Bruininks Oseretsky - 2**  
**BPM – Bateria Psicomotora**  
**CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental**  
**DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento**  
**DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV**  
**EC – European Commission**  
**M-ABC – Movement Assessment Battery for Children**  
**PAG – Perturbação da Ansiedade Generalizada**  
**PEA – Perturbações do Espectro do Autismo**  
**PHDA – Perturbação da Hiperatividade com Déficit de Atenção**  
**POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva**  
**POD – Perturbação Oposição e Desafio**  
**RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais**  
**RPM – Reabilitação Psicomotora**  
**HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca**  
**WHO – World Health Organization**

## Índice Geral

Introdução.....	11
PARTE I - Enquadramento Teórico.....	13
1. O Corpo e a Mente .....	13
2. A Psicomotricidade – Definição.....	15
2.1. Domínios de atuação em Psicomotricidade: Educativo, Preventivo e Reedutivo ou Terapêutico .....	15
2.2. Princípios básicos e linhas de raciocínio na Intervenção Psicomotora/ Perspetivas da Psicomotricidade: Relacional e Instrumental .....	16
3. Saúde/ Perturbação Mental .....	17
3.1. Saúde/ Saúde Mental .....	17
3.2. Doença/ Doença Mental .....	17
3.2.1. Dados Epidemiológicos.....	18
3.3. Pedopsiquiatria em Portugal.....	19
3.3.1. Constituição de Equipas Multidisciplinares.....	19
3.4. Prevenção e Promoção da Saúde na Infância Adolescência.....	20
3.5. Articulação com a Família e a Escola.....	21
3.5.1. Família .....	21
3.5.2. Educação.....	23
PARTE II - Atividades de Estágio em Psicomotricidade na equipa de Pedopsiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.....	24
1. Caracterização da Instituição.....	24
1.1. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e Serviço de Psiquiatria.....	24
1.1.1. Equipa de Pedopsiquiatria .....	25
2. Caracterização da População Apoiada .....	25
2.1. PHDA .....	26
2.1.1. PHDA e Comorbilidades .....	27
2.2. Instabilidade Psicomotora .....	29
2.3. Perturbação da Ansiedade Generalizada e Ansiedade.....	31
2.4. Perturbação Gilles de La Tourette .....	32
2.5. Outros Sinais e Sintomas .....	32
2.5.1. Agressividade .....	33
2.5.2. Medos .....	33



2.5.3. Alexitimia .....	34
2.5.4. Problemas Psicomotores .....	34
3. Descrição dos Casos acompanhados na Equipa de Pedopsiquiatria .....	35
4. Objetivos e Atividades .....	38
5. Contextos de Intervenção .....	39
6. Calendarização das atividades/horário de estágio; .....	39
7. Processo de Intervenção .....	40
7.1. Avaliação em Psicomotricidade .....	40
7.1.2 Bateria Psicomotora (Fonseca, 2007) .....	40
7.2. Outros Instrumentos de Avaliação .....	42
7.2.1. Instrumentos de Avaliação do Estilo de Funcionamento da Família e do Índice de Stresse Parental .....	42
7.2.1.1. Escala de Avaliação do Estilo de Funcionamento da Família (Deal, Trivette & Dunst, 1988) .....	42
7.2.1.2. Índice de Stresse Parental - Short Form (Abidin, 1990) .....	42
7.2.2. Instrumentos de Avaliação das Competências Motoras .....	43
7.2.2.1. Movement Assessment Battery for Children (Henderson & Sugden, 1992) .....	43
7.2.2.2. Body Skills: A Motor Development Curriculum for Children (Sargent, Werder, Bruininks, 1988) .....	43
7.2.2.3. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (Bruininks & Bruininks, 2005) .....	44
7.3. Linhas gerais de Intervenção e Estratégias .....	44
7.4. Descrição dos momentos da sessão .....	45
PARTE III – Estudos de Caso .....	47
1. Duarte .....	47
1.1. Breve Descrição .....	47
1.2. Avaliação Inicial .....	47
1.2.1. Condições .....	47
1.2.2. Resultados .....	47
1.3. Conceptualização do Caso .....	49
1.4. Planeamento da Intervenção .....	50
1.4.1. Modelo de Intervenção .....	50
1.5. Plano Terapêutico .....	50
1.6. Resultados do Processo de Intervenção .....	51
1.7. Avaliação Final .....	55

1.7.1. Condições.....	55
1.7.2. Resultados.....	55
1.8. Dificuldades e Limitações.....	56
2. Frederico .....	57
2.1. Breve Descrição do Caso .....	57
2.2. Avaliação Inicial: Condições e Resultados .....	57
2.3. Hipótese e Conceptualização do caso.....	58
2.4. Planeamento da Intervenção.....	58
2.4.1. Modelo de Intervenção .....	59
2.5. Plano Terapêutico .....	59
2.6. Resultados do Processo de Intervenção .....	60
2.7. Dificuldades e Limitações.....	62
PARTE IV - Atividades Complementares de Formação .....	64
1. Sessões Clínicas .....	64
2. Reuniões de equipa .....	64
3. Reuniões de Estágio.....	64
4. 5.º Simpósio de Psiquiatria .....	65
5. Valuing Baby and Family Passion – Towards a Science of Happiness .....	65
6. Reunião do Manuel.....	65
Conclusão e Reflexão Crítica.....	67
Bibliografia.....	68

## Índice de Anexos

ANEXO I – Instrumentos de Avaliação de Competências Motoras e relação com Fatores Psicomotores

ANEXO II – Estrutura da Avaliação

ANEXO III – Plano e Relatório de Sessão do Duarte

ANEXO IV – Relatório de Sessão do Frederico

ANEXO V – Lista de Sessões Clínicas

Anexo VI – Sessão Clínica de 3 de abril – Fatores Preditores na Infância e Adolescência da Esquizofrenia no Adulto – Os Sinais do Corpo

ANEXO VII – Programa do 5.º Simpósio de Psiquiatria do HFF

ANEXO VIII – Programa da Conferência Valuing Baby and Family Passion – Towards a Science of Happiness

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Diagnósticos das Crianças Acompanhadas nas Sessões de Psicomotricidade .....	26
Tabela 2 - Associação da PHDA com Perturbações Mentais ou sintomas.....	28
Tabela 3 - Calendarização das atividades durante o ano letivo .....	39
Tabela 4 - Calendarização das atividades por semana.....	39
Tabela 5 - Data de Integração das Crianças na Terapia Psicomotora .....	40
Tabela 6 - Relação das Unidades de Lúria com os Fatores Psicomotores.....	41
Tabela 7- Estrutura da Sessão .....	45
Tabela 8 – Calendarização das Sessões do Duarte em função do mês .....	50
Tabela 9 - Objetivos Específicos da Intervenção com o Duarte L. ....	50
Tabela 10- Calendarização das sessões do Frederico em função do mês.....	58
Tabela 11 - Objetivos Específicos da Intervenção com o Frederico .....	59

## **Índice de Ilustrações**

Ilustração 1 - Organização do Serviço de Psiquiatria .....	24
--	----

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 - Perfil Psicomotor da Avaliação Inicial .....	49
Gráfico 2 - Perfil Psicomotor da Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final .....	55

## **Introdução**

O presente relatório de estágio debruça-se sobre as vivências na unidade curricular Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais [RACP], inserida no plano do 2.º Ciclo em Reabilitação Psicomotora [RPM] da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Os objetivos gerais do estágio profissionalizante no 2.º ciclo em RPM consistem em :

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da RPM (dirigida às Pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar.
- Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de RPM, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção.
- Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Com vista a cumprir os objetivos definidos pela unidade curricular, o aluno integrou a equipa de pedopsiquiatria integrada no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca [HFF], entre os meses de outubro de 2012 e junho de 2013. O âmbito do estágio incide sobre o contexto da saúde mental da infância e adolescência, sendo que a população atendida compreende a faixa etária dos 4 aos 17 anos com psicopatologia prevalente, com ou sem comorbilidade com as perturbações do desenvolvimento. Os diagnósticos mais frequentemente referenciados para a consulta de Terapia Psicomotora são as perturbações psicossomáticas, as perturbações do comportamento, o mutismo seletivo, as perturbações na relação e comunicação, a encoprese secundária, entre outras.

O relatório encontra-se organizado em quatro partes principais:

- PARTE I – Enquadramento Teórico;
- PARTE II – Atividades de Estágio em Psicomotricidade na Equipa de Pedopsiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca;
- PARTE III – Estudos de Caso;
- PARTE IV – Atividades Complementares de Formação.

A primeira parte será dedicada ao esclarecimento de conceitos fundamentais em psicomotricidade e saúde mental. Assim, inicialmente será exposta a temática do corpo, instrumento de trabalho do psicomotricista, e a sua relação com a mente; posteriormente, serão apresentadas noções básicas em psicomotricidade: a sua definição, os domínios de atuação e as linhas de raciocínio em intervenção psicomotora; serão ainda abordadas as diferenças de uma abordagem focada na saúde ou na doença, a apresentação de dados epidemiológicos relativos à saúde mental na infância, uma análise da pedopsiquiatria em Portugal e da constituição e organização das equipas multidisciplinares, a exploração de conceitos como prevenção da doença e promoção em saúde mental infantil, bem como uma revisão sobre o papel das famílias e dos serviços de educação no que se refere à saúde na infância e adolescência.

Numa segunda parte referente às atividades de estágio será apresentada a caracterização da instituição e uma exposição muito sucinta dos casos apoiados. Com base nos casos atendidos será realizada uma revisão da literatura das problemáticas mais relevantes no estágio. Os casos acompanhados serão posteriormente descritos em maior profundidade, assim como os objetivos e atividades desenvolvidas no estágio, a calendarização, e ainda uma exposição do processo de intervenção – a avaliação e as linhas gerais de intervenção.

Na Parte III serão expostos dois estudos de caso, sendo apresentada uma breve descrição, a avaliação inicial, a conceptualização do caso, o plano e o planeamento terapêuticos, o resultado do processo de intervenção, a avaliação final e as dificuldades e limitações com que o aluno se deparou em cada um dos casos.

As atividades complementares de formação realizadas no âmbito do estágio serão descritas na Parte IV e por fim, será apresentada uma conclusão crítica e reflexiva dos nove meses de estágio e das aprendizagens decorrentes a um nível pessoal e profissional.

## PARTE I - Enquadramento Teórico

### 1. O Corpo e a Mente

O que é o corpo? Como conceber a relação mente-corpo?

A relação entre a mente e o físico tem sido objeto de estudo de várias ciências e tem na sua origem o dualismo clássico de Platão. Esta questão é conhecida como o problema mente-corpo (Wagman, 1998). De acordo com Palmer (1978, cit in Wagman, 1998) as teorias dominantes relativas a este problema vão desde as monistas até às dualistas.

Descartes (1976), um dos defensores acérrimos do dualismo no problema mente-corpo, entende que

deve ser atribuído exclusivamente ao nosso corpo tudo o que, existindo em nós, pode também existir nos corpos completamente inanimados; e que, ao contrário, tudo o que em nós existe e não pode ser concebido como pertencendo a um corpo deve ser atribuído à alma. [...] o calor e todos os movimentos que existem em nós, na medida em que não dependem do pensamento, pertencem exclusivamente ao corpo. (Descartes, 1976, p. 66);

Numa perspetiva crítica, Fonseca (2010) refere que o catolicismo reduziu o corpo à carne e o iluminismo transformou-o num um objeto físico e mecanicista, uma ideologia que ainda perdura. Curiosamente, Magritte em 1927, numa carta a Paul Nougé anuncia ter feito uma descoberta surpreendente, fazendo alusão ao quadro da sua autoria denominado de *Découverte*. Na mesma imagem o pintor misturou duas imagens sem qualquer ligação lógica - uma mulher e madeira - e assim criou uma terceira imagem. Esta terceira imagem não corresponde à soma da mulher e da madeira, mas a uma nova criação: uma pantera. Tal quadro transparece uma visão holística, em que o ser não corresponde à simples adição de elementos, mas ao resultado da interação dos mesmos (Educateam, 2009).

Na visão de Damásio (1994), o ser humano constitui um organismo vivo complexo - um corpo. Relativamente ao cérebro, a sua existência é justificada pela existência do corpo: a gestão da vida é indissociável da gestão do corpo e essa gestão torna-se mais eficiente na existência de uma estrutura tão complexa como o cérebro (Damásio, 2010).

O organismo humano quando interage com o ambiente interage no seu todo, não existindo uma interação segmentada ou do corpo ou do cérebro (Damásio, 1994). Já Merleau-Ponty (1945) definia o corpo como um veículo do ser no mundo e que ter um corpo era agregar-se a um meio definido, confundir-se com alguns projetos e envolver-se nos mesmos continuamente.

De que forma é que a relação do cérebro com o corpo difere da relação do cérebro com o meio exterior? Damásio (2010) explica que o cérebro cria mapas das estruturas que compõe o corpo e dos seus estados funcionais, tais mapas constituem a base das imagens mentais e assim o corpo é inserido, naturalmente, como conteúdo no processo mental. A relação do corpo e cérebro é bastante particular dado que o corpo nunca perde a ligação com a entidade que mapeia e os mapas podem influenciar o estado do corpo<sup>1</sup>.

As comunicações entre o corpo e o cérebro são realizadas através de processos neurais e químicos, contudo a transmissão de sinais não assume somente um aspeto quantitativo (quantidade de açúcar, O<sup>2</sup>, CO<sup>2</sup>), mas também qualitativo (continuum de dor/ prazer, tensão/ relaxação). Os sinais quantitativos que chegam ao cérebro vindos do

---

<sup>1</sup> Damásio (1994) introduz o conceito de estado do corpo para referir-se ao facto do corpo estar em constante modificação adotando uma sequência de estados.

corpo permitem que o cérebro defina um cenário do que está a ocorrer no corpo - os sentimentos surgem como consequência das alterações que têm lugar no organismo. As reações originadas pelas regiões somatossensoriais (regiões que mapeiam o corpo) não interferem apenas no sistema de percepção do corpo, mas em outros sistemas como o processamento cognitivo (e.g. dificuldade de desfrutar de uma atividade durante uma situação de desprazer, mesmo que a atividade seja externa à fonte de dor) (Damásio, 2010).

Para além deste mecanismo que permite que o cérebro receba constantemente informações do corpo e que faz com que existam poucas diferenças entre o estado real do corpo e o mapeamento do corpo no cérebro, existe outra forma de conceber a relação corpo-mente: o cérebro pode criar mapas do corpo por simulação, como se o corpo tivesse sido realmente alterado por uma emoção, e esse mesmo mecanismo chega-nos à consciência como se essa alteração tivesse ocorrido. Tal teoria é conhecida como a hipótese do arco “como se” e é entendida como um sistema precursor do sistema de neurónios espelhos no humano (torna-se mais fácil simular um estado que ocorra noutro organismo se este tiver acontecido anteriormente no nosso próprio corpo). As vantagens deste mecanismo permitem reduzir o tempo de processamento e poupar energia (Damásio, 2010), sendo este colocado em prática em situações de crescimento e adaptação ao ambiente (Damásio, 1994).

Na relação corpo, cérebro e mente importa distinguir dois conceitos: a imagem corporal e o esquema corporal. A imagem do corpo refere-se a uma série complexa de estados intencionais – percepções, representações mentais, crenças e atitudes – nos quais o objeto intencional de cada um desses estados é o próprio corpo. Três modalidades dessa intencionalidade são frequentemente diferenciadas, nomeadamente, a experiência perceptiva do sujeito sobre o seu próprio corpo (a); a compreensão conceptual do corpo em geral (incluindo mitos e o conhecimento científico) (b) e a atitude emocional do sujeito face ao seu próprio corpo (c). Os dois últimos aspetos nem sempre envolvem uma tomada de consciência, contudo uma vez que correspondem a crenças e atitudes, integram parte de um sistema intencional (Gallagher & Cole, 1995; Gallagher, 2005).

Em contraste, o esquema corporal envolve um sistema de capacidades motoras, habilidades e hábitos que permitem ou dificultam o movimento e a manutenção da postura. O esquema corporal não é uma percepção, crença ou atitude. Pelo contrário, consiste num sistema de funções motoras e posturais que operam abaixo de um nível intencional, embora tais funções possam envolver e apoiar ações intencionais. A diferença entre imagem corporal e esquema corporal é semelhante à diferença entre a percepção do movimento e a atual execução do movimento (Gallagher & Cole, 1995; Gallagher, 2005). O movimento e a postura, em situações normais, são realizados de uma forma automática, pelo que não é necessário ter uma consciência corporal constante (Gallagher & Cole; 1995). Sacks (1990) no livro *O homem que confundiu a mulher com um chapéu*, relata a história de Christina, uma mulher que apresenta défices proprioceptivos que a impossibilitam de exercer o controlo dos movimentos e da postura de uma forma automática, tendo a necessidade de colmatar esses défices através da visão. A paciente define a propriocepção como os *olhos do corpo*, uns olhos que atuam de forma não consciente.

Na maioria das ações orientadas para um objetivo o corpo tende a apagar-se no que se refere à percepção consciente e isso deve-se ao facto do esquema corporal continuar a desempenhar as suas funções motoras e posturais (Gallagher & Cole; 1995). Nessa ausência do corpo na consciência está implícito o *sense of ownership*, que corresponde ao sentido de que o meu corpo está a mover-se na ação; ao sentido de que o meu corpo está a iniciar ou é fonte da ação dá-se o nome de *sense of agency* (Gallagher & Vaeveer, 2004).

Tais sentidos são dificilmente distinguíveis em ações intencionais, o que não acontece com as ações involuntárias (eg. eu tenho a sensação que o meu corpo está a mover-se - *sense of ownership*, mas eu posso não ter o sentimento de causar ou controlar o movimento, uma vez que alguém está a empurrar-me ou a mobilizar o meu braço – *sem sense of agency*) (Gallagher & Vaeever, 2004).

O sentido de propriedade e de agente são dois aspetos pré-reflexivos do autoconhecimento que permitem definir um *minimal self*. O *minimal self* é entendido como a atual experiência do sujeito, quando ignoradas as memórias episódicas e autobiográficas ou o sentido de futuro a longo termo. Muitas das perturbações do corpo apresentam défices ao nível dos aspetos primários da autoconsciência que constituem o *minimal-self*: algumas das perturbações da imagem do corpo envolvem diferentes graus de problemas de *sense of ownership* e alguns problemas do *sense of agency* estão frequentemente relacionados com aspetos do esquema corporal (Gallagher & Vaeever, 2004).

## **2. A Psicomotricidade – Definição**

O que é a psicomotricidade? O conceito de psicomotricidade insere-se no desenvolvimento psicológico e refere-se à construção somatopsíquica do ser humano em relação ao mundo que o circunda. Esta área consiste num convite à compreensão do que a criança expressa através do seu movimento, ou seja, uma compreensão através do comportamento (Aucouturier, 2005). Esta prática tem como objeto o ser humano, o bebé, a criança, o adolescente, o adulto, os idosos e a relação com o seu corpo, sendo os indivíduos compreendidos e pensados numa globalidade psicossomática (Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

A psicomotricidade é um domínio transdisciplinar que estuda e investiga as relações entre o psiquismo e a motricidade. O psiquismo é entendido como o conjunto do funcionamento mental e a motricidade como o conjunto de expressões mentais e corporais (funções tónicas, posturais, somatognósicas e práxicas) (Fonseca, 2010). As experiências corporais em interação com o ambiente fundamentam o psiquismo (Aucouturier, 2005) ou como Thiebo (2008) refere, a qualidade psíquica do homem é indissociável dos sentidos e da emoção, isto é, do corpo em relação.

Neste campo é recorrente o uso das terminologias “unidade psicocorporal, psicossomática e psicomotora” do indivíduo, contudo, importa realçar o sentido dessa unidade e globalidade. Essa unidade não constitui uma soma de elementos, mas uma interação recíproca de quatro dimensões, nomeadamente, dos meios instrumentais motores, cognitivos, linguísticos e tónico-emocionais, que são apoiados pelas funções tónica e motora (Boscaini, 2004).

Fonseca (2010) definiu uma conceção triárquica da psicomotricidade composta pelos vetores multicomponencial, multiexperencial e multicontextual. Por vetor multicomponencial entende-se a integração coerente de várias áreas do saber, como é o caso da filosofia, fenomenologia, biosemiótica, antropologia, epistemologia, genética, psicologia evolutiva e diferencial, psicossomática, psicofisiologia, neuropsiquiatria, psiquiatria, psicanálise, entre outros. O vetor multiexperencial é compreendido como a implicação da psicomotricidade numa variedade de experiências e vivências, desde o ser mais pequeno e frágil ao geronte. A psicomotricidade caracteriza-se por ser multicontextual, tendo em conta os contextos vários de aplicação da mesma (e.g. família, centros de desenvolvimento, hospitais etc.).

### **2.1. Domínios de atuação em Psicomotricidade: Educativo, Preventivo e Reeducativo ou Terapêutico**

Em psicomotricidade é possível identificar diversos tipos de práticas, nomeadamente, as práticas educativas, preventivas, reeducativas e terapêuticas.



As práticas educativas e preventivas são concebidas como um percurso de maturação que promovem a passagem do agir ao pensar (Aucouturier, 2005). Tais práticas destinam-se a indivíduos ditos normais e pretendem estimular o desenvolvimento psicomotor (Martins, 2001). A prática educativa destina-se a crianças desde o período em que fazer é pensar até aproximadamente aos 7 anos. O jardim-de-infância (0 – 6 anos) é o local ideal para desenvolver essa prática, contudo existem crianças que por não terem cumprido o curso normal do desenvolvimento, beneficiam desta prática até mais tarde (Aucouturier, 2005).

O âmbito reeducativo ou terapêutico destina-se a indivíduos onde o desenvolvimento e a aprendizagem estão comprometidos ou ainda a indivíduos com dificuldades relacionais, dado que tais componentes influenciam a adaptabilidade do sujeito (Martins, 2001). A praxis de orientação terapêutica ou terapia psicomotora é dirigida a crianças em que são observadas alterações na integração psicossomática (Aucouturier, 2005), sendo valorizados a relação e os mecanismos associados à união do corpo e da mente (Martins, 2001).

O inconsciente e a expressão tónica quando associados a uma história pessoal de repressão comprometem a expressão da criatividade e a individualidade do sujeito, sendo recomendado uma intervenção que tem como objetivo a exploração livre e a afirmação dos desejos da criança num ambiente tolerante, com uma escuta permanente do terapeuta. A globalidade da criança é posta em evidência e as dificuldades apresentadas não são reduzidas a défices instrumentais. O corpo e o movimento encontram-se integrados num sistema ecológico em que as faculdades motoras, mentais e emocionais interagem continuamente (Martins, 2001). Esta prática visa assegurar o jogo simbólico através do corpo, por intermédio de uma relação interativa entre a criança e o terapeuta (Aucouturier, 2005).

A prática terapêutica opõe-se à reeducação psicomotora na medida em que nesta última o enfoque é colocado no problema psicomotor, tendo a intervenção o objetivo de atenuar os problemas motores através de um enfoque instrumental e cognitivo (Martins, 2001).

## **2.2. Princípios básicos e linhas de raciocínio na Intervenção Psicomotora/ Perspetivas da Psicomotricidade: Relacional e Instrumental**

A intervenção em psicomotricidade poderá ter uma maior incidência relacional ou instrumental em função da história do indivíduo, da etiologia e características das dificuldades, das características da instituição e também da personalidade e formação do terapeuta (Martins, 2001).

Na incidência relacional é relevada a gestão da problemática da identidade e fusionalidade, sendo o terapeuta reinvestido como agente securizador e intermediário na relação com o meio exterior. Por outro lado, na incidência instrumental, é colocado um maior investimento nos objetos, no espaço e no tempo, dando-se uma maior atenção à intencionalidade e consciencialização da ação, através da experimentação sensório-motora (Martins, 2001).

Rivière (2010) considera que a psicomotricidade relacional sob o argumento de respeitar a globalidade da criança rejeita uma abordagem específica dos problemas psicomotores. Botinaud (et al, 2013) acrescenta que o campo da pesquisa em psicomotricidade é muitas vezes prejudicado pela utilização abusiva e idealizada de conceitos psicanalíticos, sendo o corpo visto simplesmente como um desdobramento do inconsciente e em que são ignorados quaisquer aspetos instrumentais e do desenvolvimento.

Rivière (2010) num escrito recente utiliza a designação terapia psicomotora baseada em provas para opor-se à psicomotricidade de incidência relacional. A terapia psicomotora baseada em provas caracteriza-se por uma avaliação do problema psicomotor através de testes e escalas validadas, focando-se no problema e na

objetivação científica da terapia colocada em prática. Tal abordagem permite atenuar ou compensar o déficit apresentado pelo paciente na avaliação inicial e preocupa-se em obter resultados objetivos. Os defensores desta vertente consideram mais sensata uma intervenção terapêutica focada na reabilitação de capacidades perceptivo-motoras. Não será a utilização do termo *terapia* uma provocação, uma vez que a este termo está associado um enfoque global no indivíduo?

A dinâmica da terapia baseada em provas aproxima-se do funcionamento incutido nas pesquisas do tipo *Evidence Based Medicine*, não sendo questionados os fundamentos dessa metodologia. Segundo Botinaud et al. (2013), se tais fundamentos são pertinentes ao nível da clínica médica somática, são discutíveis quando transpostos para outros campos. Importante relevar que o homem não é o fruto de várias causalidades que definem o seu corpo ou o seu psiquismo, não podendo este ser pensado ou compreendido como o simples objeto das ciências (Merleau-Ponty, 1945).

### **3. Saúde/ Perturbação Mental**

#### **3.1. Saúde/ Saúde Mental**

A saúde corresponde a um bem – um patamar que se quer alcançar ou que não se pretende perder (Tavares, 2008). Santos (2013) refere que a saúde corresponde a um equilíbrio psicossomático, que deve ser preparado desde a gestação e promovido logo no momento do nascimento. Tal equilíbrio alude para a interdependência entre a saúde mental, social e física enunciada pela World Health Organization [WHO] (2001). Tavares (2008) menciona que em ciência existe um enfoque no estudo da doença, permanecendo a saúde num território neutro.

A WHO (2013) define saúde mental como um estado de bem-estar no qual os indivíduos utilizam as suas próprias capacidades para fazer frente às mais variadas situações da vida, para trabalhar de uma forma produtiva e frutífera, e em que são capazes de dar um contributo à sociedade. Ao contrário do que é evidenciado na definição da WHO, na visão de Tavares (2008) a “Saúde não é um estado, mental ou fisiológico, mas uma existência constante e permanente que engole todos os estados temporários” (Tavares, 2008, p. 78).

Santos (2013) entende por saúde mental, um mecanismo de regulação que possibilita o indivíduo viver sem apresentar demasiados sintomas e sem fazer sofrer o ambiente que o rodeia. A condição mental de um indivíduo é determinada por uma multiplicidade de fatores, incluindo os biológicos (genética, género), individuais (experiências pessoais), familiares e sociais (apoio social), económicos e ambientais (status social e condições de vida) (WHO, 2001).

Em saúde mental na infância e adolescência, a ênfase é colocada em aspetos do desenvolvimento, como por exemplo, um significado positivo de identidade, a capacidade de controlar os pensamentos, as emoções e de construir relações sociais, assim como a aptidão para aprender e adquirir uma educação, permitindo uma participação plena na sociedade (WHO, 2013). A área da saúde mental infantil e da adolescência destina-se à população com idade pediátrica, ou seja, indivíduos com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos (Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM] & Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011).

Apesar das dificuldades na definição de saúde mental numa perspetiva transcultural, existe um consenso: saúde mental não corresponde apenas à ausência de qualquer perturbação mental (WHO, 2001).

#### **3.2. Doença/ Doença Mental**

Se a saúde, à luz de Tavares (2008) não constitui um estado mas uma existência, a doença pode ser entendida como uma insatisfação dessa existência, uma saúde melancólica ou triste.

As perturbações mentais são caracterizadas pela combinação anormal de pensamentos, emoções, comportamentos e relações com os outros. Perturbação Mental é um termo utilizado para designar um leque de perturbações mentais e do comportamento reconhecidas pelo ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Nesse leque inserem-se perturbações como a depressão, perturbação bipolar, esquizofrenia, perturbações da ansiedade, demência, perturbação do abuso de substâncias, dificuldades intelectuais e perturbações do desenvolvimento e comportamento com início na infância ou adolescência, incluindo o autismo (WHO, 2013).

Pierre (2012), num artigo intitulado de *Mental Illness and Mental Health: Is the Glass Half Empty or Half Full?* defende que embora muitos considerem a doença mental como as perturbações que estão classificadas nos manuais de diagnóstico, o campo da psiquiatria cada vez mais adota a perspectiva de que existe um *continuum* entre a doença mental e a saúde.

### 3.2.1. Dados Epidemiológicos

A saúde mental parece ser definida nos primeiros anos. Mais de 50% das perturbações mentais têm o seu início durante a adolescência. Problemas de saúde mental podem ser identificados entre 10% a 20% dos jovens, com taxas mais elevadas em grupos populacionais mais desfavorecidos (European Commission [EC], 2008).

Cerca de 2 milhões de crianças e jovens na Europa apresentam uma perturbação mental (WHO, 2005). Na Europa, as perturbações mais significativas na infância são a Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção [PHDA] (5%) e a Perturbação da Conduta (3%). Na adolescência a taxa de prevalência da PHDA é inferior, enquanto que a taxa de prevalência da Perturbação da Conduta aumenta – em ambos os casos há um predomínio das problemáticas no género masculino. Quanto às Perturbações do Espectro do Autismo [PEA] os dados indicam haver uma prevalência de 0.64% (Wittchen et al., 2011)

Em Portugal existem poucos estudos epidemiológicos relativos à psiquiatria da infância e adolescência (CNSM & ACSS, 2011). De acordo com Freitas et al. (2004; cit in CNSM & ACSS; 2011), num estudo em que foi avaliada a prevalência da depressão em estudantes do 3.º Ciclo do Funchal, 7.52% dos jovens apresentaram sintomas depressivos, havendo um predomínio no género feminino. Relativamente às PEA, Oliveira et al. (2007) verificou que, na escola primária, estas têm uma prevalência de 9.2/10.000, em Portugal Continental, e de 15.6 em cada 10.000 indivíduos nos Açores.

A equipa de pedopsiquiatria da Lapa realizou um estudo (Encarnação, Moura, Gomes & Da Silva, 2011) relativo às crianças e jovens consultados no ano de 2007. A maioria dos indivíduos era do género masculino (59.8%). No que concerne aos motivos da consulta destacam-se os problemas de comportamento (74.6%), os problemas de aprendizagem (36.4%), os problemas dos afetos (24.9%) e alterações na consciência, orientação, atenção e memória (22.7%). Relativamente aos diagnósticos, estes foram feitos ou de um ponto de vista psicodinâmico ou segundo a classificação proposta pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV [DSM-IV]. De acordo com uma visão psicodinâmica houve uma prevalência de uma organização depressiva (56%); nos casos diagnosticados segundo os critérios do DSM-IV houve um predomínio da Perturbação do Humor (30%) e das Perturbações do Comportamento e Défice de Atenção (24.8%).

No que diz respeito à saúde mental da população adulta, Portugal aparece como o país da Europa onde a prevalência de doenças mentais é superior (Caldas de Almeida, 2010; cit in CNSM & ACSS, 2011).

Poderão estes dados denunciar uma falha nos serviços de pedopsiquiatria? Como se organiza a psiquiatria da infância e adolescência em Portugal?

### **3.3. Pedopsiquiatria em Portugal**

De acordo com a alínea 3 do artigo 11.º do Decreto-Lei 35/99, os cuidados de saúde mental infantil são assegurados através de equipas multiprofissionais organizadas sob a forma de serviço ou de unidade funcional, tendo em conta a população alvo de cada hospital. Em 2005, apenas um número reduzido de hospitais (Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar da Cova da Beira e Hospital de S. Pedro) possuíam Serviços de Psiquiatria da Infância regulamentados pelo Decreto-Lei 35/99 e Decreto-Lei 188/03. Todas as outras unidades de pedopsiquiatria, consultas ou núcleos tinham um estatuto mal definido e uma situação precária – o funcionamento era pouco autónomo e as unidades não estavam representadas nas reuniões com a Administração e Direção dos Hospitais/ Departamento ou Serviços, não tendo a possibilidade de se afirmar e garantir um melhor funcionamento. Como tal, em junho de 2005 surge a Circular Normativa n.º 06/ DSPSM da Direção-Geral da Saúde que estabelece princípios para a organização de serviços e unidades em saúde mental da infância e adolescência.

Atualmente existe um modelo organizacional de serviços de pedopsiquiatria bem definido nos hospitais do país. De acordo com a CNSM e ACSS (2011), existem no país três departamentos de psiquiatria de infância e adolescência (Lisboa, Porto e Coimbra), sete serviços de psiquiatria da infância e adolescência e consultas de saúde mental na infância e adolescência em dez hospitais, no qual é incluído o HFF. A designação de consulta refere-se a projetos de unidade em que o psiquiatra da infância e adolescência trabalha com recursos bastante escassos e em que o projeto ainda não assumiu um estatuto sólido na instituição.

#### **3.3.1. Constituição de Equipas Multidisciplinares**

Os serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência devem intervir em equipa multidisciplinar, sendo privilegiada uma abordagem global e integrada da criança e a articulação com a comunidade – sobretudo com as escolas e os centros de saúde (CNSM & ACSS, 2011).

As equipas de saúde mental apresentam um número limitado de profissionais de saúde não médicos (CNSM, 2008). Na grande maioria das Unidades e Serviços de Pedopsiquiatria não existe uma equipa pluridisciplinar específica da Saúde Mental Infantil e Juvenil, funcionando o pedopsiquiatra isoladamente ou partilhando técnicos com outros serviços ou departamentos (Circular Normativa n.º6/DSPSM, 2005).

As equipas, devem ser constituídas por profissionais de saúde, da educação, de serviço social e por terapeutas (DL 35/99). A Direção Geral de Saúde define o rácio de recursos humanos desejável nos serviços de pedopsiquiatria como o seguinte (Circular Normativa n.º6/DSPSM, 2005):

- 1 Pedopsiquiatra/ 66.000 habitantes
- 1 Psicólogo/ 66.000 habitantes
- 1 Enfermeiro/ 66.000 habitantes
- 1 Técnico de Serviço Social/ 66.000 habitantes
- 1 Educador de Infância/ 200.000 habitantes
- 1 Técnico de Reabilitação/ Educação Especial/ 200.000 habitantes
- 1 Terapeuta da fala/ 200.000 habitantes
- 1 Secretário da Unidade / 200.000 habitantes

Tal como acima referido, para além dos três Departamentos de Psiquiatria da Infância e adolescência, existem sete serviços e dez hospitais com consultas. A maioria das equipas apresenta um número limitado de profissionais de saúde não médicos (CNSM & ACSS, 2011) e partilha técnicos com outros serviços ou departamentos (Circular Normativa n.º6/DSPSM, 2005). Como colocar em prática a prevenção da doença e a promoção da saúde tendo em conta a organização dos serviços relativos à

pedopsiquiatria? Constituirão a prevenção da doença e a promoção da saúde, uma prioridade das leis nacionais?

### **3.4. Prevenção e Promoção da Saúde na Infância Adolescência**

A primeira lei de saúde mental, em Portugal, foi criada em abril de 1963 - a Lei n.º 2118 de 3 de Abril de 1963. Esta lei promulga as bases para a promoção da saúde mental, que abrange uma ação profilática, terapêutica e recuperadora. Também o Decreto-Lei n.º 304/2009 refere que compete à rede de serviços locais em Saúde Mental da Infância e Adolescência o desenvolvimento de programas de promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença.

Revela-se assim de extrema importância definir o que é prevenir e promover. Estes termos têm sido utilizados nas mais variadas áreas do conhecimento com diferentes significados. Inclusive na área da saúde e doença tais palavras assumem conotações distintas, em função da especialidade ou mesmo da *weltanschauung* do profissional de saúde.

Prevenir significa, literalmente, impedir que algo aconteça (Mrazek & Haggerty, 1994). De acordo com a Comissão on Chronic Illness (1957; cit in Mrazek & Haggerty, 1994) é possível distinguir três tipos de prevenção: a primária, a secundária e a terciária. A prevenção primária procura diminuir o número de novos casos de uma perturbação ou doença (incidência); a secundária pretende diminuir a taxa de casos estabelecidos de uma doença na população (prevalência); a terciária tem como objetivo reduzir a quantidade de dificuldades associadas a uma perturbação ou doença.

João dos Santos (2013) integra a prevenção primária num período pré-patogénico e a prevenção secundária e terciária num período patogénico. O mesmo autor inclui na prevenção primária medidas de promoção da saúde e de proteção; a prevenção secundária abrange o diagnóstico e tratamento imediato; e a terciária engloba medidas de limitação da incapacidade e de reabilitação.

Gordon (1987, 1983; cit in Mrazek & Haggerty, 1994) propôs uma classificação da prevenção considerando três categorias: universal, seletiva e indicada. Uma medida preventiva universal é uma medida destinada a todas as pessoas de uma população. Nesta categoria inserem-se todas as medidas que podem constituir uma garantia de segurança para os indivíduos em geral e para todos os membros de um grupo específico (eg. grávidas, crianças, idosos); uma medida preventiva seletiva é necessária quando um indivíduo pertence a um subgrupo da população em que existe um risco acrescido do indivíduo contrair uma doença - os subgrupos podem ser elegíveis por idade, género, profissão, história familiar etc; uma medida preventiva indicada aplica-se a indivíduos nos quais foi identificado um fator de risco, condição, ou situação anormal que os sinaliza, individualmente, como de alto risco para o desenvolvimento futuro de uma doença.

Importa agora explorar o significado de promoção da saúde. Tal como referido anteriormente, Santos (2013) crê que a promoção da saúde está inserida num nível de prevenção primário. Por outro lado, Mrazek e Haggerty (1994) defendem que a promoção da saúde não é impulsionada por um foco na doença, mas por uma ênfase na melhoria do bem-estar. A promoção pretende dar ao indivíduo ferramentas para aumentar a competência, a autoestima e o sentimento de bem-estar, em detrimento de uma intervenção para evitar problemas ao nível psicológico ou social ou uma perturbação mental em concreto. Santos (2013) refere como medidas de promoção da saúde, a educação para a saúde, uma boa nutrição, a vigilância do desenvolvimento da personalidade, a promoção de uma habitação adequada, boas condições de trabalho, o conselho matrimonial e a educação sexual, e por fim, exames seletivos periódicos.

Uma vez que a saúde mental é fortemente determinada durante os primeiros anos de vida, promover a saúde mental em crianças e adolescentes constitui um investimento para o futuro (EC, 2005), sendo necessária a implementação programas de prevenção e

promoção que favoreçam a articulação entre todas as estruturas associadas à saúde, educação, serviço social e direito de menores e família (CNSM, 2008).

Nesse sentido, Spittle et al. (2010) apresentam um estudo em que avaliaram os efeitos dos cuidados preventivos em ambiente domiciliar no desenvolvimento de crianças que nasceram antes das 30 semanas. A intervenção realizou-se durante o primeiro ano de vida, sendo que um fisioterapeuta e um psicólogo realizaram 9 visitas domiciliárias e incidiram sobre temáticas como a relação pais-bebê, a saúde mental dos pais e no desenvolvimento da criança. Aos dois anos de idade os efeitos da intervenção foram avaliados e, embora não tenham havido diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao desenvolvimento cognitivo, da linguagem e motor, os bebês que beneficiaram da intervenção apresentaram menos comportamentos de desregulação e externalização e uma maior competência comparativamente com o grupo de controlo; os prestadores de cuidados apresentaram também menos sintomas de depressão e ansiedade do que os pais das crianças do grupo de controlo.

Num outro estudo, Merry et al. (2012) pretendiam verificar se as intervenções psicológicas ou educacionais são eficazes na prevenção da depressão em crianças e adolescentes com idades entre os 5 e os 19 anos e sem nenhum critério para depressão ou com um score inferior ao espectro clínico para diagnosticar a depressão com recurso a escalas validadas. Os autores verificaram que o risco para ter uma depressão diminuiu nos grupos que tiveram uma intervenção comparativamente com o grupo de controlo. Os dados apontam que os programas de carácter universal podem prevenir a depressão.

Furlong et al. (2012) desenvolveram um estudo em que avaliaram a eficácia de programas parentais baseados em terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais em grupo, destinados a pais de crianças (3 – 12 anos) com Perturbação da Conduta. A formação parental permitiu uma diminuição significativa dos problemas de conduta das crianças, uma melhoria da saúde mental dos pais, um aumento das práticas parentais positivas e uma diminuição das práticas parentais negativas. Relativamente aos custos dos programas de prevenção e promoção, estes assumem um valor modesto quando comparados com os valores que hipoteticamente poderiam ser assumidos a longo prazo em serviços de saúde, de educação, jurídicos etc.

### **3.5. Articulação com a Família e a Escola**

Todos os problemas mentais manifestam-se seja qual for a cultura ou sociedade, no entanto a expressão particular de um problema é influenciada pela cultura da família, do grupo, da comunidade e pela rede social na qual se encontra a criança ou o adolescente. Para além da manifestação do problema ser variável em função da cultura, a percepção e valorização do mesmo está intimamente associada ao contexto onde a criança ou o jovem está integrado. Assim, um défice numa determinada competência pode constituir um *handicap* maior numa sociedade onde a mesma seja mais valorizada (Belfer, 2008).

Dada a importância dos fatores contextuais na saúde da criança e do adolescente, de seguida serão realçados o papel da família e da escola na promoção da saúde e prevenção da doença e algumas medidas de articulação.

#### **3.5.1. Família**

A família constitui a primeira sociedade onde a criança se insere (Santos, 2013). Os familiares de indivíduos com perturbações devem ser encarados como parceiros fundamentais na prestação de cuidados, havendo a necessidade de estimulá-los a intervir nesse auxílio e a receber todos os instrumentos necessários para alcançar os objetivos (CNSM, 2008). Interessante verificar que existe um movimento iniciado pelas próprias famílias, que têm assumido uma atitude ativa, organizando associações e promovendo a criação de novos recursos no sentido de garantir o bem-estar da criança (CNSM & ACSS, 2011).

A EC (2005) sugere que devem ser dadas competências aos pais que permitam o desenvolvimento da criança. Nesse sentido têm sido identificadas algumas ações de sucesso na Europa, nomeadamente, o enfoque na depressão pós-parto em mães, o desenvolvimento de competências parentais, visitas domiciliárias de profissionais de saúde para auxiliar novos e futuros pais e intervenções com profissionais de saúde nas escolas.

Prestar atenção à família e assumi-la como parceira torna-se essencial em saúde mental. Desde os primeiros momentos de vida ocorrem trocas contínuas que irão modelar o comportamento da criança e dessa primeira sociedade onde ela está inserida. Choe, Sameroff e McDonough (2013) apresentam um estudo em que são associados os sintomas depressivos na mãe e os problemas de comportamento na criança, numa visão bidirecional. A exposição da criança a sintomas depressivos da mãe ao 7.º mês de vida está associada a altos níveis de comportamentos de externalização no 15.º e no 33.º meses de vida. Os sintomas depressivos da mãe no 7.º mês e os comportamentos de externalização das crianças ao 33.º mês são significativos apenas para os bebés do género masculino. Embora os sintomas depressivos da mãe aos 7 meses sejam preditores de mais comportamentos de externalização aos 15 e aos 33 meses, apenas as mães de bebés que só aos 15 meses apresentaram um comportamento de externalização e manifestaram poucos problemas de regulação tiveram um agravamento dos sintomas depressivos. Esta descoberta surpreendente reflete uma grande angústia por parte das mães ao ter um filho que apresenta poucos problemas de regulação e que aos 15 meses desenvolve altos níveis de externalização, ao contrário das outras mães em que os filhos mostraram continuamente problemas de comportamento.

Também os fatores económicos podem pesar na definição da saúde/ doença do indivíduo. Um meio financeiro mais abastado e um *status* privilegiado na sociedade pode facilitar o acesso aos tratamentos, reduzir a estigmatização e permitir a integração das crianças. Por outro lado, as pessoas sem recursos são mais facilmente marginalizadas nas sociedades que valorizam a educação e a riqueza. A marginalização representa per si um fator desfavorável em matéria de saúde mental (Belfer, 2008).

Boe, Hysing, Stormark, Lundervold e Siversten (2012), num estudo com crianças de idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos, verificaram que um baixo *status* socioeconómico da família está associado a problemas de sono, mesmo quando se tem em conta variáveis como a tipologia da família e a saúde dos pais. De acordo com os investigadores, o nível de educação da mãe está significativamente associado ao tempo em que as crianças permanecem na cama. A associação entre o *status* socioeconómico e os problemas de saúde mental da criança são parcialmente mediados pelos problemas de sono. Contudo importa realçar que tais análises constituem apenas associações e que numa análise sistémica das interações, é possível colocar a hipótese de que os problemas ao nível de saúde mental das crianças podem originar um menor desempenho dos pais no trabalho e, conseqüentemente, um baixo salário (Wadsworth 2005 et al., cit in Boe et al., 2012).

Outro fator fundamental na definição da saúde/ doença mental é a quantidade de vezes em que os pais comunicam com as crianças e a qualidade dessa mesma interação. Elgar, Craig e Trites (2012) desenvolveram um estudo com vista a avaliar a associação entre a frequência dos jantares de família e algumas componentes da saúde mental (problemas de internalização e externalização, bem-estar emocional, comportamento pró-social e a satisfação de vida) em adolescentes (11 a 15 anos) e determinar se essa associação pode ser explicada pela qualidade da comunicação entre adolescentes e pais. A frequência dos jantares de família aparece negativamente associada a sintomas de externalização e internalização e positivamente relacionada com o bem-estar emocional, os comportamentos pró-sociais e a satisfação de vida. Os autores verificaram ainda que o estilo de comunicação entre os adolescentes e os pais pode mediar a associação entre saúde mental e a frequência dos jantares, explicando

13% a 30% em função da componente da saúde mental avaliada. Importante referir que a associação entre as refeições, estilos de comunicação e saúde mental inscreve-se numa perspetiva transacional, sendo que os adolescentes que se envolvem em comportamentos de risco podem faltar às refeições de forma a praticar comportamentos disruptivos (White & Halliwell, 2010 cit in Elgar et al., 2012).

### **3.5.2. Educação**

A escola constitui um dos contextos onde a criança passa a maior parte do seu tempo. Uma abordagem escolar abrangente pode aumentar as competências sociais, aumentar a resiliência, diminuir o *bullying*, a ansiedade e os sintomas depressivos. Assim, torna-se importante criar um ambiente escolar propício e fornecer recursos e informação relativos à saúde mental aos estudantes, pais e professores (EC, 2005).

Splett, et al. (2013) defendem a introdução de programas de saúde mental em meio escolar, uma prática cada vez mais comum decorrente das vantagens documentadas em inúmeros estudos em promover a saúde mental nos locais onde as crianças e jovens passam a maior parte do seu tempo. Uma das vantagens identificadas é o evitamento do estigma e da intimidação sentidos em meios menos familiares como os hospitais (Committee on School Health, 2004).

As intervenções em saúde mental nas escolas têm como objetivo contribuir no funcionamento da saúde mental dos estudantes e apoiar as aprendizagens sociais e emocionais nas escolas. Estes serviços não são determinados ou limitados por qualquer diagnóstico ou intervenção específica (Franklin, Kim, Ryan, Kelly & Montgomery, 2012) De acordo com os mesmos autores, os programas de saúde mental em meio escolar diferem bastante na sua organização, tanto ao nível da população-alvo (intervenção universal, seletiva, indicada), como ao nível dos profissionais envolvidos nessa ação (professores e profissionais de saúde a intervir isoladamente ou em equipa).

Hussey e Guo (2003) apresentam um estudo em que é avaliado um programa de saúde mental desenvolvido numa escola primária, com crianças com dificuldades emocionais e comportamentais. O programa abrangeu 201 estudantes e as respetivas famílias, sendo que na maioria das crianças foi diagnosticada Perturbação de Oposição e Desafio [POD] (n=148) e PHDA (n=18). A avaliação na alteração da sintomatologia foi realizada em 122 crianças, que apresentaram melhorias significativas ao nível da externalização (atenção e conduta) e da internalização (depressão).

Apesar do sucesso dos programas, as consultas de saúde mental infantil implementadas nas escolas não têm sido rentabilizadas como desejado, dado que muitas vezes as crianças que poderiam beneficiar das intervenções são privadas do seu acesso, uma vez que com a evolução de problemas escolares como o abandono, as crianças e/ou adolescentes vêm-se impedidas de frequentar essas consultas e assim estas ações não abrangem um grupo de crianças bastante vulnerável (Belfer, 2008).



## PARTE II - Atividades de Estágio em Psicomotricidade na equipa de Pedopsiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

### 1. Caracterização da Instituição

#### 1.1. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e Serviço de Psiquiatria

O HFF localiza-se na Amadora e é uma entidade público empresarial criada em 2008, à luz do Decreto-lei de 203/2008 de outubro de 2008, após ter estado 13 anos sob gestão privada. O hospital está integrado no Serviço Nacional de Saúde e abrange a população dos concelhos da Amadora e de Sintra, servindo 60 mil habitantes.

A missão do hospital consiste em prestar cuidados de saúde humanizados e diferenciados em articulação com as demais estruturas da comunidade, nomeadamente, os Centros de Saúde e os Centros de Cuidados Continuados. Outra das missões é o ensino, a investigação e a formação de profissionais de saúde. Relativamente aos valores da instituição, esta rege-se por uma perspetiva humanista, orientando-se em função dos interesses dos pacientes e respetivas famílias, respeitando sempre a individualidade de cada um dos utentes.

A Psiquiatria é uma das especialidades médicas do hospital e tem como diretora a Dr.<sup>a</sup> Teresa Maia. As missões do serviço visam a promoção da saúde mental; a prevenção e o tratamento da doença mental e a reabilitação e reinserção social de pessoas com problemas de saúde mental.

O Serviço de Psiquiatria é composto pelas seguintes unidades: Internamento de doentes agudos, Hospital de Dia, Psiquiatria de Ligação, Unidade Funcional Comunitária, Equipa de Reabilitação Psicossocial espaço@com e uma pequena equipa de Pedopsiquiatria. No espaço físico do hospital funciona o Internamento de doentes agudos, o Hospital de Dia, a Psiquiatria de Ligação e a equipa de Pedopsiquiatria; já a Unidade Funcional Comunitária está inserida nos Centros de Saúde (Amadora, Brandoa e Damaia) e em instalações próprias (Queluz/ Massamá). A equipa espaço@com está inserida na Unidade Funcional Comunitária no Centro de Saúde da Damaia e Centro de Saúde de Queluz/ Massamá, e dá resposta às quatro equipas da unidade funcional comunitária. (Ver ilustração 1).

A população de idade pediátrica das áreas da Amadora e Sintra é da responsabilidade do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia, contudo houve a necessidade de criar uma unidade de pedopsiquiatria integrada no serviço de psiquiatria do HFF. A equipa de pedopsiquiatria devido à falta de recursos humanos e físicos ainda necessita da colaboração do departamento de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia em casos que requerem internamento ou a frequência do Hospital de Dia de Pedopsiquiatria.

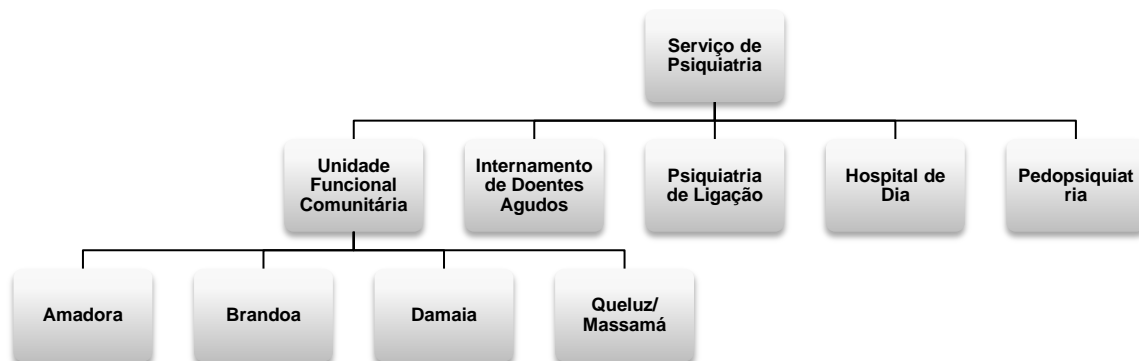


Ilustração 1 - Organização do Serviço de Psiquiatria

### **1.1.1. Equipa de Pedopsiquiatria**

O Serviço de Psiquiatria do HFF engloba uma Consulta de Pedopsiquiatria, um projeto de Unidade de Pedopsiquiatria, iniciado em Maio de 2003. Inicialmente, para além de um pedopsiquiatra, existia uma articulação com três psicólogas do Serviço de Pediatria e com uma psicomotricista do Serviço de Psiquiatria. Em 2005, as intervenções não farmacológicas foram reforçadas com o ingresso de uma psicóloga. Os casos referenciados para a psicomotricidade eram essencialmente casos da consulta de desenvolvimento, pelo que houve a necessidade de estabelecer critérios de referência.

Desde o início até ao presente verificaram-se algumas alterações na estrutura e organização da equipa de pedopsiquiatria, sendo que em 2010 foram contratados dois pedopsiquiatras, que mantêm uma ótima articulação com os técnicos da equipa e do serviço e com os demais recursos da comunidade. A atual equipa é constituída por dois pedopsiquiatras, uma psicóloga e uma psicomotricista partilhada com as equipas de psiquiatria de adultos.

A área de atendimento da consulta de pedopsiquiatria do HFF corresponde à área do Serviço de Psiquiatria do mesmo hospital, nomeadamente, todo o concelho da Amadora e algumas freguesias do concelho de Sintra (Queluz, Massamá, Belas e Casal de Cambra). A faixa etária de atendimento na consulta compreende crianças ou adolescentes com idades entre os 4 e os 17 anos.

A consulta de pedopsiquiatria dispõe também de uma unidade de ligação onde são atendidas crianças e adolescentes com patologia orgânica grave e/ ou crónica, que sejam seguidos regularmente em consultas médicas no HFF, e que apresentem em simultâneo uma psicopatologia; ou em casos que exista uma sintomatologia somática, em que seja necessária a avaliação por um pedopsiquiatra no âmbito de um diagnóstico diferencial. Neste sentido é realizada uma reunião de frequência mensal com o núcleo de psicologia do serviço de pediatria, que tem como objetivos procurar favorecer a comunicação e a discussão de casos com as psicólogas de pediatria no âmbito da consulta de ligação e uma reunião com o núcleo dos maus tratos que permite discutir e referenciar diretamente para a consulta de pedopsiquiatria casos de crianças e adolescentes com intervenção pelo núcleo, que apresentem psicopatologia. A consulta de pedopsiquiatria também presta apoio a crianças e adolescentes internados, sendo que estes casos requerem avaliação das psicólogas do serviço de pediatria.

Quanto ao atendimento de casos da comunidade, são realizadas reuniões de frequência mensal no Centro de Saúde da Damaia, no Centro de Saúde de Massamá e uma reunião com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Amadora.

## **2. Caracterização da População Apoiada**

Foulcault (1954), evidenciando ainda uma perspetiva dualista da medicina (medicina mental e medicina orgânica), refere que a saúde mental impregnou a estrutura da medicina orgânica e a sua estrutura conceptual, ao decifrar a doença como um agrupamento coerente de sinais e sintomas. Esse agrupamento corresponde a uma abstração, uma vez que está patente o pressuposto de que a uma combinação de sinais e sintomas corresponde uma essência. Importante realçar que o uso de termos como medicina mental e orgânica estão cada vez mais em desuso, já que a medicina adota cada vez mais uma perspetiva psicossomática.

No presente tópico será realizada uma análise dos sinais e sintomas de um ponto de vista nosográfico e semiológico. Contudo, importa não esquecer o carácter de abstração enunciado por Foulcault (1954) e realçar que a apresentação dos diagnósticos constitui apenas uma linha orientadora, devendo ser compreendida à luz da individualidade e realidade de cada criança.

Nas sessões de psicomotricidade foram acompanhadas nove crianças. Na maioria dos casos as crianças apresentavam um diagnóstico de PHDA (Ver Tabela 1).

**Tabela 1 - Diagnósticos das Crianças Acompanhadas nas Sessões de Psicomotricidade**

Nome	Diagnóstico			
Ricardo	PHDA	Perturbação de Controlo de Impulsos Sem Outra Especificação (Onicofagia)		
Duarte P.				
Henrique				
Dário				
Eleutério		POD		
Manuel				
Duarte L.		Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação	Encoprese	
	Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento [DID] Ligeira		Perturbação de Tourette	
Catarina			Perturbação Global do Desenvolvimento	Dificuldade Específica da Linguagem
Frederico	Perturbação Ansiedade Generalizada [PAG]			

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento. A equipa de pedopsiquiatria do HFF acompanha apenas crianças que apresentem este diagnóstico em comorbidade com outra perturbação ou com outros traços psicopatológicos, nomeadamente, com a presença de uma instabilidade psicoafetiva. Ao analisar os diagnósticos das crianças acompanhadas é possível observar tanto a prevalência de Perturbações de Internalização como de Perturbações de Externalização associadas ao diagnóstico de PHDA.

De realçar que dos casos acompanhados apenas três das crianças se inserem no quadro de uma PHDA com sinais e sintomas típicos, nomeadamente, o Duarte P., o Ricardo e o Henrique.

Seguidamente será realizada uma abordagem sobre a PHDA e a sua relação com outros traços psicopatológicos. O conceito de Instabilidade Psicomotora será explorado no sentido de procurar outras explicações para a heterogeneidade fenomenológica da hiperatividade. Outras perturbações serão expostas, nomeadamente, a PAG, a Perturbação Gilles de La Tourette; e por fim, outros traços transnosográficos (agressividade, medos, alexitimia e problemas psicomotores).

## 2.1. PHDA

A hiperatividade no DSM-IV (American Psychological Association [APA], 1994) aparece como um sinal associado à PHDA. A PHDA compreende dois sintomas primários, a hiperatividade/impulsividade e a atenção. Consequentemente, é possível distinguir na PHDA três subtipos: o predominantemente desatento, o predominantemente hiperativo/ impulsivo e o subtipo combinado.

Barkley (1997) desenvolveu um modelo para explicar os défices que afetam os indivíduos com PHDA dos subtipos hiperativo/ impulsivo e combinado, o modelo neuropsicológico híbrido das funções executivas. Segundo o autor o problema nuclear da perturbação reside num défice na inibição comportamental. O défice na inibição comportamental induz défices em quatro capacidades neuropsicológicas, também conhecidas como funções executivas, o que leva a uma diminuição no controlo do comportamento motor. As funções executivas e a inibição do comportamento em interação promovem a autorregulação e o controlo motor.

A inibição comportamental compreende três processos interrelacionados: (a) a inibição da resposta imediata face a um acontecimento; (b) a interrupção da resposta em

curso, o que permite um atraso na decisão da resposta e (c) a proteção desse período de latência e das respostas autodirigidas que acontecem nesse momento de outros acontecimentos e de respostas competitivas (controle de interferência) (Barkley, 1997).

O tempo de latência associado à inibição permite que as funções executivas exerçam o seu papel eficazmente. As funções executivas são definidas como as principais ações que o indivíduo utiliza no processo de autorregulação. A autorregulação corresponde a qualquer resposta ou conjunto de respostas do indivíduo que alteram a probabilidade de ocorrer a resposta que normalmente ocorre após um determinado acontecimento e que altera a longo prazo a probabilidade das consequências associadas a essa mesma resposta (Barkley, 1997).

A organização do comportamento através das funções executivas permite pôr em prática comportamentos dirigidos à realização de um objetivo. As funções evidenciadas no modelo são a memória de trabalho, o discurso internalizado, a autorregulação dos afetos/ motivação/ ativação e a reconstituição. Estas funções partilham o objetivo de internalizar comportamentos para antecipar mudanças no futuro e assim maximizar os benefícios do indivíduo a longo prazo (Barkley, 1997).

A memória de trabalho permite guardar ações na mente, sendo que tais imagens podem ser rechamadas de forma a responder a situações no presente. Tal função tem um papel prospetivo e retrospectivo e permite construir situações hipotéticas e verificar as suas consequências. O discurso internalizado constitui o processo pelo qual a ação põe-se ao serviço dos pensamentos através da linguagem – uma linguagem que se torna progressivamente mais privada e que influencia substancialmente o comportamento. Quanto aos afetos, estes não podem ser completamente dissociados da resposta ou da decisão de resposta, sendo o sistema executivo envolvido de forma a moderar e regular as ações – a regulação dos afetos permite a persistência num objetivo. A reconstituição constitui uma capacidade intrinsecamente relacionada com a linguagem e permite representar objetos, ações e propriedades; tal capacidade é composta pelos processos de análise e síntese, processos que permitem isolar sequências de comportamento e combinar elementos de sequências distintas, formando assim um novo comportamento (Barkley, 1997).

O controlo motor, último componente do modelo, refere-se ao conjunto de comportamentos postos em prática para alcançar um objetivo no processo de autorregulação. Este conceito faz referência à implementação de ações concretas e incorpora os conceitos de fluência (capacidade de gerar comportamentos novos e criativos adaptados ao momento) e de sintaxe (capacidade de reconstituir e representar internamente a informação do meio) – conceitos estreitamente relacionados com a função de reconstituição. As ações autodirigidas e frequentemente privadas que constituem as componentes executivas permitem criar uma mudança no controlo do comportamento, através das representações internas da informação. Os *inputs* sensoriais e o comportamento motor não relacionados com um objetivo e as suas representações internas devem ser minimizados ou mesmo suprimidos (Barkley, 1997).

A cadeia sucessiva de funções e componentes enunciadas anteriormente encontra-se deficitária na PHDA e cria a aparência de uma pobre atenção sustentada, contudo esse défice justifica-se pelos défices na persistência dirigida a um objetivo (Barkley, 1997).

### **2.1.1. PHDA e Comorbilidades**

Em crianças com PHDA observa-se, frequentemente, uma baixa tolerância à frustração, explosões emocionais, teimosia, insistência exagerada na satisfação de exigências, labilidade emocional, desmoralização, disforia, rejeição pelos pares, baixa autoestima e um rendimento escolar baixo, que pode conduzir a conflitos com a família e com os professores (APA, 1994).

Num estudo conduzido por Takeda et al (2012) em que foram avaliados 445 indivíduos com idades entre os 6 e os 18 anos com PHDA, apenas 32.3% não apresentavam nenhuma outra comorbilidade, sendo este grupo composto por indivíduos mais novos. Relativamente às comorbilidades, é possível verificar a associação da PHDA a Perturbações Internalizantes (22.9%) e Perturbações Externalizantes (18%) ou a ambos os tipos de perturbações (26.7%).

**Tabela 2 - Associação da PHDA com Perturbações Mentais ou sintomas**

POD	Na PHDA as atividades que requerem a manutenção de um esforço mental são experimentadas como aversivas, pelo que existe uma fuga e evitamento deste tipo de atividades. Tal evitamento não se trata de uma oposição primária, mas de problemas de atenção. Por outro lado, quase metade dos indivíduos com PHDA apresentam comorbilidade com a POD (APA, 1994). Tal associação segundo Burns e Walsh (2002) está relacionada com a componente da hiperatividade e impulsividade da PHDA, sendo que esta fomenta o desenvolvimento de comportamentos de oposição e desafio – o mesmo não é verdade para a componente da desatenção.
Sintomas Depressivos	As crianças com PHDA parecem apresentar mais sintomas de ansiedade e depressão comparativamente à população normativa (Baxter e Rattan , 2004) Por outro lado, segundo McQuade et al (2011), as crianças com PHDA têm uma auto-perceção de competência positiva e sobrestimada, fator que parece assumir uma função protetora relativamente a sintomas depressivos. Embora essa auto-perceção positiva possa ser protetora, as crianças com PHDA com uma auto-perceção desajustada da realidade poderão ter maiores problemas de adaptação ao longo da vida, uma vez que não têm perceção do que poderá ser alterado no comportamento. Biederman, Mick e Faraone (1998), num estudo longitudinal pretenderam compreender a associação da PHDA e da Depressão Major e verificaram que os fatores preditores da persistência da depressão em crianças com PHDA está fortemente associado à comorbilidade com a perturbação bipolar, a marcados défices interpessoais, e ainda à história familiar dos sujeitos. As dificuldades escolares não estão associadas à persistência ou remissão da Depressão Major. O estudo indica que a Depressão Major e a PHDA têm cursos distintos e independentes, não constituindo a depressão na PHDA somente uma situação de desmoralização.

Ansiedade	<p>A idade de início e a severidade das Perturbações da Ansiedade não diferem na presença ou ausência da PHDA, tendo esta última perturbação um impacto limitado na manifestação da ansiedade. Tal indica que a expressão de ambas as perturbações é independente (Hammerness et al, 2010).</p> <p>Spencer, Biederman e Mick (2007) referem que muitas vezes o diagnóstico de uma Perturbação da Ansiedade e da PHDA não é realizado dado que os sintomas de ambas as perturbações sobrepõem-se: normalmente não existe uma suspeita de ansiedade em crianças hiperativas e a PHDA não é avaliada em crianças mais inibidas. Quando ambos os quadros psicopatológicos coexistem, contribuem para défices sociais, comportamentais e académicos. Em adição, a ansiedade pode estar associada a um maior sofrimento intrapsíquico.</p> <p>Por sua vez, a ansiedade parece ter um efeito moderador dos défices de atenção em crianças com PHDA, sendo que as crianças com PHDA e ansiedade apresentam um melhor desempenho em tarefas desse tipo do que as crianças com PHDA apenas. (Vloet et al, 2009). De acordo com Bilgiç, Turkoglu e Ozcan (2013) a sensibilidade à ansiedade em crianças com PHDA pode ter um efeito protetor, uma vez que menores níveis de sensibilidade à ansiedade na área social estão relacionados a menos problemas de conduta. A ansiedade em comorbilidade com a PHDA e a Perturbação da Conduta parece ser uma condição secundária e não um preditor desses problemas.</p>
Tiques	<p>Os sujeitos com PHDA em comparação com um grupo de controlo têm maior probabilidade de apresentarem tiques. A existência de Perturbações de Tiques tem pouco efeito no funcionamento psicossocial das crianças com PHDA (Spencer et al., 1999). Lin, Lai e Gau (2012) acrescentam que as Perturbações de Tiques não impõem défices executivos e sociais adicionais na PHDA e a presença das perturbações está associada a menos dificuldades interpessoais na escola, comparativamente a crianças com PHDA sem tiques.</p> <p>Roessner et al (2007) referem que a comorbilidade da PHDA com a Perturbação de Tourette está associada a um início mais precoce dos tiques. Ademais, a taxa de remissão nas Perturbações de Tiques é maior do que a taxa de remissão da PHDA, em crianças que apresentam estas problemáticas em comorbilidade.</p>

## 2.2. Instabilidade Psicomotora

A Instabilidade Psicomotora é um termo recorrente na literatura francesa. A compreensão deste conceito vagueia entre a neurologia e a psiquiatria e a presente exposição justifica-se pela dificuldade em limitar a compreensão psicopatológica da hiperatividade a um modelo, dada a multiplicidade de fatores envolvidos e em interação, nomeadamente, endógenos, emocionais, cognitivos, ambientais, educativos ou desenvolvimentais (Delvenne, 2013).

Joly (2009) desenvolveu um modelo prototípico para explorar este espectro complexo de indivíduos instáveis, denominado de as três instabilidades: a instabilidade motora, a instabilidade psíquica e ideacional e a instabilidade psicoafetiva, de humor, de carácter e de personalidade. Na instabilidade motora o destaque é dado aos comportamentos hipercinéticos: a criança move-se com frequência, contorce-se na cadeira, ou tem dificuldade em ficar sentada. A necessidade incessante em se mover tem como corolário a intolerância às condições de repouso e aos tempos vagos que são

vivididos como vazios mortíferos. A instabilidade psíquica e ideacional caracteriza-se por uma grande distração, dificuldades de atenção e concentração, incapacidade em seguir uma instrução, fixar-se numa tarefa e em terminá-la; tais crianças parecem não ouvir o que os outros dizem, perdem ou esquecem sistematicamente as suas coisas e estão sempre com atenção, embora que por pouco tempo, nos mais variados estímulos exteriores – tais dificuldades acentuam-se no campo cognitivo e das aprendizagens, contudo podem ser encontradas em todos os aspetos do funcionamento da criança. Na instabilidade psicoafetiva, de humor, de carácter e de personalidade o destaque é dado ao comportamento externalizante, à impulsividade, à dificuldade em esperar, adiar e em suportar a menor frustração; estas crianças precipitam-se sempre para responder às questões sem ter em conta os outros e sem esperar o fim da questão, interrompem todas as relações, jogos e conversas, sem se conseguirem incluir e sem reconhecerem a dimensão intrusiva da sua entrada, nem as diferenças de *status* geracional ou afetivo, etc.

De acordo com Berger (2001) têm sido desenvolvidos três eixos de pensamento no que se refere à natureza da instabilidade:

- a) Defesa maníaca - A hipercinésia na criança é entendida como uma depressão inconsciente, que pode ser comparada aos períodos de excitação no adulto;
- b) Défice ao nível dos invólucros corporais - o corpo não possui um invólucro, sendo a agitação um comportamento regulador para que a criança sinta a fronteira entre o EU e o não-EU;
- c) Funcionamento operatório - As crianças apresentam poucas capacidades de representação do afeto e da fantasia, expressando as tensões internas através do excesso de movimento.

A instabilidade parece ter origem em fases muito precoces da vida da criança. Courtois, Champion, Lamy e Bréchon (2007) centram esta problemática no processo de separação e individuação da criança e da mãe, que ocorre de forma deficitária. Nas relações em que sobressai esta problemática, o bebé e a mãe assumem uma relação do tipo fusional, o que dificulta a autonomização da criança e a sua individuação. A criança não consegue interiorizar uma imagem inconsciente da mãe suficientemente estruturante, manifestando-se também dificuldades na relação com o objeto. Estes défices traduzem-se numa falta de investimento interno e num atraso do desenvolvimento da função simbólica e posteriormente da linguagem. Os problemas de individuação e separação manifestam-se primariamente em problemas de sono (agitação, choro, manifestações de oposição, interrupções do sono), sendo essa hipervigilância uma defesa maníaca, ou seja, a criança abstrai-se da angústia de separação através da agitação e recusa aceder a um estado depressivo. Consequentemente surgem problemas na aceitação da triangulação edipiana e no processo de identificação com o pai, manifestando-se assim uma dificuldade na integração de limites e na aceitação das leis que regem a sociedade. Joly (2009) corrobora ao referir que do lado maternal há uma atitude de hiperproteção, sobretudo em crianças do género masculino, sendo criada uma espécie de barreira na relação com o pai; quanto ao pai, é possível verificar uma fuga e um evitamento da relação pai-filho, evidenciada também pela atitude da mãe.

Claudon (2001) defende que o cerne da instabilidade está no momento da aprendizagem da marcha e da motricidade, veículos para a criança se dirigir aos objetos ou às pessoas, e não nas fases mais precoces da relação. Tais aprendizagens são colocadas em evidência na fase anal, período com um efeito organizador fundamental no processo de individuação. O autor sugere que as representações psíquicas do movimento e as experiências motoras que constituem a representação do *self* são influenciadas pelas limitações dos gestos, as angústias, as projeções, reações e demais imposições suscitadas pela mãe, o que irá influenciar a individuação e autonomização da criança. A agitação psicomotora nasce de relações conflituosas inconscientes entre a mãe e a criança e a motricidade assume o papel de continente de um material psíquico

difícil de ser pensado e em que o desprazer é figurado por uma cinestesia propriocetiva; verifica-se uma dificuldade na simbolização de representações e dos afetos associados às mesmas. A instabilidade aparece como uma representação motora específica e inconsciente do *self*, que é investida excessivamente em detrimento de conflitos internos - uma imagem do *self* dependente do corpo em atividade. Isto é, nas crianças instáveis a essência do corpo implica inevitavelmente a presença de sensações propriocetivas, daí a propensão a agir. O autor defende a existência de um ciclo que explica a perpetuação do agir e a sua utilização compulsiva: Sensação – Representação – Ação – Sensação. O tipo de imagem do *self* descrito é designado de Representação Corporal de Ação.

De modo a avaliar as condições funcionais das operações simbólicas em crianças instáveis, Claudon (2003) realizou um estudo comparativo com crianças instáveis e crianças ditas normais com idades compreendidas entre os 6 e os 9 anos, utilizando o teste de Rorschach. No referido teste o número de respostas foi inferior em crianças instáveis, pelo que é inferido a existência de um espaço imaginário, embora perturbado. As pranchas em que são sugeridas ações são desestruturantes para as crianças instáveis – a interiorização da figura é realizada através do movimento do corpo e a palavra assume um segundo plano.

### **2.3. Perturbação da Ansiedade Generalizada e Ansiedade**

A PAG caracteriza-se por ansiedade e preocupação persistentes e excessivas e grandes dificuldades em controlar a preocupação. As crianças com PAG manifestam um mal-estar subjetivo ou dificuldades a um nível social e as suas preocupações assentam, normalmente, no seu desempenho e competências. Estas crianças podem ser perfeccionistas, inseguras ou conformistas (APA, 1994).

Num estudo desenvolvido por Kendall e Pimentel (2003) pretendeu-se avaliar sinais fisiológicos em crianças com perturbação da ansiedade generalizada e foram observadas dificuldades em estar descontraído, em prestar atenção ou estar concentrado, manifestação de irritação fácil com pessoas, dores musculares no corpo e dificuldades em dormir. As crianças mais novas relataram menos sintomas que as crianças mais velhas, contudo na análise dos relatos dos pais, não existem diferenças significativas. As capacidades motoras de crianças com PAG também parecem ser deficitárias, ao ponto de interferir nas atividades da vida diária (Skirbekk et al, 2012).

A sensibilidade no processamento sensorial constitui um dos preditores da ansiedade. Este conceito é definido como a tendência de alguns indivíduos para processar algumas informações de uma forma mais forte e profunda do que outras. A sensibilidade está também associada a uma sobreproteção dos pais (Liss, Timmel, Baxley & Killingsworth, 2005). Dar, Kahn e Carmeli (2012) acrescentam que as fortes reações a sensações estão grandemente relacionadas com comportamentos repetitivos. Os autores sugerem que os indivíduos que experienciam uma falha na integração sensorial têm a necessidade de adotar rituais para alcançar um sentido de controlo e que em casos em que essa falha na integração é experienciada de forma angustiante, podem ser apresentados sintomas característicos das perturbações da ansiedade.

Um baixo limiar de excitação e uma facilidade de excitação, para além de estarem associados a sintomas de ansiedade, estão também relacionados com pobres competências sociais, uma atenção aos detalhes, défices de comunicação e uma dificuldade em descrever e identificar sentimentos. Estes indivíduos podem estar tão envolvidos na experiência sensorial que ignoram alguns aspetos sociais e assim não desenvolvem competências sociais para comunicar adequadamente. Uma facilidade na excitação para os estímulos interage com a dificuldade de identificar sentimentos na predição da ansiedade, pelo que em indivíduos mais sensíveis sensorialmente, a capacidade de identificar sentimentos parece ser um fator protetor para o não desenvolvimento de sintomas de ansiedade (Liss, Mailloux & Erchull, 2008).



## 2.4. Perturbação Gilles de La Tourette

A Perturbação Gilles de La Tourette caracteriza-se pela ocorrência de múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais, sendo que o número, a complexidade e gravidade dos mesmos variam ao longo do tempo. A perturbação tem início antes dos 18 anos e as características mais associadas à perturbação são as obsessões e compulsões, a hiperatividade, a distratibilidade e impulsividade, um mal-estar social, baixa moral e tristeza. As características clínicas na manifestação da perturbação podem interferir com o progresso escolar e com as relações pessoais, provocando assim maiores incapacidades do que a perturbação per si (APA, 1994).

Dada a grande associação da Perturbação com problemas comportamentais, Cavanna e Rickards (2013) apontam para a existência de um espectro da Perturbação de Tourette, uma perturbação que assume um *status* único como interface entre a neurologia e a psiquiatria.

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva [POC] e a PHDA são algumas das perturbações mais associadas à Perturbação de Tourette. De acordo com Lebowitz et al. (2012) as crianças e adolescentes que apresentam Perturbação de Tourette em comorbidade com a POC caracterizam-se por apresentarem tiques mais severos, níveis mais elevados de sintomas depressivos e de ansiedade, um stresse psicossocial elevado e um funcionamento global mais pobre; para além disso, estes apresentam um maior número de critérios para o diagnóstico de perturbações internalizantes. Já as crianças e adolescentes que apresentam a perturbação associada à PHDA não diferem significativamente na severidade dos tiques comparativamente aos indivíduos com Perturbação de Tourette sem PHDA, contudo experienciam altos mais níveis de stresse psicossocial e um funcionamento global mais pobre; apresentam também mais critérios de diagnóstico para POD.

Num estudo com 166 indivíduos com Perturbação de Tourette, 64.4% dos indivíduos apresentaram comportamentos repetitivos. Serão estes comportamentos manifestações de uma POC ou tiques complexos? Segundo Worbe et al. (2010) os comportamentos repetitivos apresentam uma heterogeneidade na sua fenomenologia: os comportamentos repetitivos dos indivíduos foram enquadrados em três grupos, nomeadamente, os comportamentos repetitivos do tipo tique (24,3%), os comportamentos repetitivos do tipo POC (20,5%) e os comportamentos repetitivos do tipo misto (13,2%). O critério utilizado para diferenciar os comportamentos de tique dos comportamentos repetitivos foi a existência ou não de ansiedade antes do tique e o desconforto associado ao mesmo. Os comportamentos repetitivos do tipo tique mais frequentes foram tocar, contar, procurar a simetria ou endireitar e os comportamentos repetitivos do tipo POC predominantes foram lavar as mãos e rituais de verificação.

Alguns acontecimentos de vida parecem anteceder e influenciar a manifestação dos tiques na Perturbação de Tourette. De acordo com Steinberg, Shmuel-Baruch e Apter (2013), as relações com os amigos e os acontecimentos positivos na escola (eg. bons resultados nos testes e elogios do professor) estão negativamente correlacionados com a severidade dos tiques. Cavanna e Rickards (2013) acrescentam que, num período patogénico, as dificuldades que advém da perturbação são experienciadas principalmente a um nível social – provavelmente, o problema resida, também, nas outras pessoas e na tendência para excluir todos aqueles que transgridem normas sociais (mesmo que essa transgressão não seja uma escolha).

## 2.5. Outros Sinais e Sintomas

No presente tópico serão relevados alguns sinais e sintomas transnosográficos que foram observados com maior frequência nas sessões de psicomotricidade, nomeadamente, a agressividade, os medos, comportamentos alexitímicos e os problemas psicomotores.

### **2.5.1. Agressividade**

João dos Santos explica que existem dois conceitos distintos e frequentemente confundidos: a agressividade espontânea da criança e as fantasias agressivas. Quando a criança utiliza a agressividade num jogo está simplesmente a libertar-se da agressividade e a transferi-la para um plano simbólico – uma prática saudável (Santos & Monteiro, 2004).

Por outro lado, Berger e Bonneville (2009) alertam para o aumento de uma prática menos saudável: a violência em crianças, que é exercida tanto em objetos como em pessoas ou animais (e não necessariamente nas figuras de autoridade), acompanhada de crueldade e sem a presença de qualquer sentimento de remorso. Nas crises de violência a criança parece estar fora da sua realidade e insensível a qualquer intervenção de um adulto. As crianças agressivas parecem estar ao serviço de imagens com um conteúdo alucinatório e que se manifestam na relação e nos momentos de contacto, sem que após o ataque a criança consiga exprimir-se sobre o sucedido.

Quanto à etiologia da problemática, os autores referem um traumatismo relacional precoce. Desde os primeiros momentos de vida estes indivíduos estão expostos a traumas psíquicos repetitivos que afetam as capacidades de regulação emocional. As crianças mostram-se incapazes de fazer frente a estímulos desorganizadores devido ao seu carácter imprevisível e de incompreensão – estímulos percebidos como angústia, medo, dor ou como tendo um conteúdo erótico. Face aos estímulos a criança investe toda a sua energia em defesas rígidas, em detrimento de uma função organizadora e criadora. Os autores identificam como formas de traumatismo a violência, o abuso sexual, a negligência, a alternância caótica entre a ausência e a presença dos pais, a exposição a cenas de violência sexual ou de natureza sexual, a um tempo de acolhimento numa instituição sem a existência de uma figura de referência estável etc. (Berger & Bonneville, 2009).

O traumatismo repetido provoca um bloqueio de pensamento que se traduz num atraso no desenvolvimento – este também pode apresentar-se sob a forma de PHDA ou problemas severos de vinculação do tipo desorganizado. Podem ainda ocorrer alterações cerebrais, uma vez que o stresse envolvido nestas situações faz com que os níveis de cortisol aumentem, assumindo este um papel tóxico no desenvolvimento (Berger & Bonneville, 2009).

### **2.5.2. Medos**

João dos Santos utiliza os conceitos de representação de coisas e representação de palavras de Freud para explicar o porquê do ser humano sentir medo. A representação de coisas corresponde ao que todos nós sentimos em fases precoces, antes de surgir a capacidade de verbalizar; mais tarde, representamos através de palavras o que sentimos anteriormente e o que vivemos no presente. Em períodos mais arcaicos o corpo experiencia sensações desagradáveis e quando a criança cresce e desenvolve a habilidade de falar, existe uma necessidade de traduzir em palavras essas mesmas sensações. O medo corresponde à atribuição de um nome a uma sensação sensorial e corporal desagradável que ocorreu num período precoce (Santos & Monteiro, 2004).

O mesmo autor refere que no medo existe um processo de inversão e deslocação. Em situações em que a criança, por eg. não gosta do pai, a criança inverte a situação e refere que o pai não gosta de si – no entanto, como tal atitude pode parecer suspeita, esta utiliza um mecanismo de transferência e desloca o pensamento para outro objeto, substituindo o “pai” por um “cavalo” e assim passa a enunciar que tem medo do “cavalo” (Santos & Monteiro, 2004).

### 2.5.3. Alexitimia

A alexitimia é um neologismo criado em 1972 por Sifnéos para designar a ausência de palavras para exprimir emoções ou sentimentos. Este défice foi observado sobretudo em pessoas com perturbações psicossomáticas. Os conceitos precursores da alexitimia são o iletrismo emocional proposto por Ruesch, a depressão essencial de Montassut e o pensamento operatório de Marty e M'Uzan (Loas, 2010).

Existe um consenso para definir alexitimia a partir de quatro características: a dificuldade em identificar e distinguir estados emocionais, a dificuldade em verbalizar estados emocionais, a existência de uma vida de fantasia deficitária e um modo de pensamento focado no exterior e traduzido por um pensamento operatório. Outras dimensões foram propostas tal como o conformismo social, a tendência para a ação, défices de abstração, pobreza na expressão facial de emoções e existência de uma ausência rígida (Loas, 2010).

As características nucleares da alexitimia podem ser identificadas na infância, estando positivamente associadas a estados de humor negativos e à predição de queixas somáticas (Rieffe, Oosterveld, & Terwogt, 2006). A alexitimia é também um constructo válido na adolescência e está relacionada com altos níveis de tristeza, hostilidade, medo, baixos níveis de jovialidade (Heaven, Ciarrochi & Hurrell, 2010), sintomas de ansiedade (Karukivi et al., 2010), problemas de externalização e dificuldades nas relações sociais (Honkalampi et al., 2009). A alexitimia é mais prevalente em adolescentes do género feminino (Joukamaa et al., 2007; Honkalampi et al., 2009). Já Karukivi et al. (2010) não verificam diferenças entre géneros.

### 2.5.4. Problemas Psicomotores

Para terminar a presente abordagem relativa à caracterização da população e focada na semiologia e nosografia das perturbações da infância e adolescência, importa explorar a noção de problemas psicomotores, um conceito fundamental em psicomotricidade.

Os problemas psicomotores são problemas neurodesenvolvimentais que afetam a adaptação do indivíduo numa dimensão percetivo-motora. A etiologia dos problemas é multifatorial e transaccional combinando fatores genéticos, neurobiológicos e psicossociais. Estes problemas manifestam-se, por vezes, apenas em alguns contextos e podem ser muito subtis, constituindo uma fonte de desconforto para o indivíduo e o meio social (Albaret, 2001). Para Corraze (2010) a noção de problemas psicomotores assenta em três pilares: estes são problemas percetivo-motores, manifestam-se como *soft signs* e têm uma componente emocional e psicopatológica associada (Corraze, 2010).

De acordo com Jean Bergès, o problema psicomotor constitui uma expressão parasita de uma patologia, uma expressão caracterizada por ser um "défice secundário" e abandonar o sinal ou o sintoma para ver o conjunto assume-se como um desafio (Ballouard, 2008). Por outro lado, Albaret (2001) relembra que esta hipótese embora verificada em certos casos, não nos pode fazer esquecer a situação inversa, a existência de problemas psicopatológicos reacionais perante a presença de problemas psicomotores.

De acordo com Joly (2010), os sinais psicomotores aparecem como uma oposição aos sinais neurológicos (*hard neurological signs*), uma vez que os sinais psicomotores não são sistemáticos, manifestam-se de forma global e envolvem várias funções. A definição de *Soft Signs* proposta por Chan e Gottesman (2008) remete para a noção de problema psicomotor. De acordo com os autores, os *Soft Signs* constituem uma disfunção neurológica não localizada e que não é entendida como um sinal integrante numa síndrome. Tais sinais parecem ser marcadores biológicos, transmitidos geneticamente, e que indicam o risco para uma perturbação,

Por fim, importa realçar que os problemas psicomotores quando demasiado evidentes, podem constituir um entrave à terapia psicomotora, sendo preferível utilizar

uma outra abordagem. Pelo contrário, um sujeito que não apresente qualquer problema psicomotor e que possua uma fácil expressão verbal e que *a priori* a sua referência fosse pensada para psicoterapia, pode revelar no exame psicomotor dificuldades na sua motricidade em relação. O trabalho em psicomotricidade abrir-lhe-á um espaço de perlaboração e de investimento no registo não verbal, o que inverte o esquema clássico de referência (Raynaud et al., 2007).

### **3. Descrição dos Casos acompanhados na Equipa de Pedopsiquiatria**

Neste tópico serão expostos todos os casos que frequentaram as sessões de psicomotricidade dinamizadas pelo estagiário, à exceção dos casos que serão abordados em maior detalhe na Parte III.

#### **Henrique**

O Henrique é uma criança de 9 anos, com uma postura inibida, usa óculos e o seu timbre de voz é um pouco infantil. A criança parece imatura e frequenta o 4.º ano de escolaridade.

O Henrique é filho único e vive com os dois pais. Este foi muito desejado, uma vez que a mãe tinha dificuldades em engravidar. A criança nasceu prematura, razão pela qual sempre foi acompanhada no serviço de pediatria.

A mãe refere que a ansiedade tem-se agravado há um ano e que não encontra motivos para tal. A criança apresenta-se mais ansiosa quando se aproximam os testes da escola ou as festas de final de período. Anteriormente esta adormecia na sua cama, contudo começou a ir para a cama dos seus pais devido às suas angústias.

A criança na presença da mãe apresenta uma atitude muito próxima, evidenciando uma relação de estilo fusional. Relativamente ao pai, alguns dos comentários que a mãe teceu evidenciavam uma relação conflituosa e de discórdia. A mãe refere que o filho é uma criança muito inteligente, uma vez que se apercebe de qualquer conflito conjugal que possa existir.

A mãe, que trabalha numa escola, menciona que não pretende que o filho transite para o 5.º ano, dado que diz saber o quão cruéis são os miúdos mais velhos e tem receio que algo aconteça ao filho.

Em 2012 o Henrique iniciou terapêutica medicamentosa para a PHDA, apresentando boa resposta. O Henrique apresenta ainda onicofagia, um ligeiro défice cognitivo e descoordenação psicomotora. A mãe refere que também roía as unhas e deixou de fazê-lo de forma a incentivar o filho a controlar os impulsos.

A mãe é quem acompanha o Henrique nas sessões. Esta é muito ansiosa, protetora e verborreica, sendo acompanhada pelo médico de família; esta diz que se identifica com o filho nos seus comportamentos. A principal queixa da mãe são os medos que o filho apresenta, nomeadamente, o medo de ficar sozinho em casa, manifestado desde muito cedo, e de ser raptado. Quanto ao pai, este é saudável e não apresenta antecedentes psiquiátricos.

#### **Manuel**

O Manuel é um menino com 8 anos, de baixa estatura, franzino e vive com os seus pais. A criança começou a ser acompanhada desde os 4 anos na equipa de pedopsiquiatria, devido à retenção fecal no período escolar.

O Manuel começou a andar aos 2 anos. Este não manifesta interesse em brincar com outras crianças e apresenta gostos muito restritos. A criança ao falar tem um discurso quase impercetível, apresentando verborreia. O seu jogo é muito desorganizado, sobrepondo objetos em cima de objetos sem intencionalidade. A criança demonstra grande dificuldade em lidar com mudanças e com a frustração.

O Manuel, normalmente, antes de entrar para as sessões faz birras, chora e grita de uma forma compulsiva e provocadora. Revela que não se quer afastar da mãe ou então pede à mãe cromos para colar na sua caderneta, objeto do qual não se separa.

A sua mãe é acompanhada pela psiquiatria de adultos e o pai é descrito como um indivíduo nervoso. A família materna tem um grande conflito com os familiares paternos e a própria mãe possui uma relação difícil com a avó materna do Manuel.

No que respeita à relação do Manuel com a mãe, esta relação aparenta ser de estilo fusional. A relação é marcada por alguma ambivalência, uma vez que a criança ao mesmo tempo que é capaz de manifestar alguma agressividade, apresenta também uma grande dificuldade em se distanciar da mesma. A mãe é quem acompanha o Manuel nas sessões e apresenta uma atitude desadequada na relação, induzindo alguma ansiedade.

O Manuel está presentemente diagnosticado com Encoprese, PHDA e uma Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação.

### **Duarte P.**

O Duarte é uma criança de 13 anos, com excesso de peso, sorridente, simpática e com sinais evidentes de descoordenação motora global. Manifesta alguma hiperatividade e impulsividade através do corpo. Outras vezes, apresenta um ar mais apático, devido aos efeitos da medicação.

A criança aparenta ter uma relação de grande proximidade com o seu pai e geralmente, nos momentos que antecedem a sessão, está sentado a jogar um videojogo com grande concentração.

O Duarte desde cedo começou a viver na casa da avó paterna, uma vez que os pais apresentavam problemas de toxicodependência. A avó manifestava alguma resistência em entregar a criança aos pais biológicos e esta não era devidamente estimulada pela prestadora de cuidados. A partir dos 3 anos começou a viver com os pais e com a mesma idade manifestou comportamentos de hetero-agressividade, razão pela qual teve a sua primeira consulta.

Atualmente a criança vive com os seus pais e com uma irmã mais nova. Os pais não têm qualquer diagnóstico psiquiátrico, contudo o pai identifica-se com os comportamentos do filho e refere que também era bastante agitado aquando da sua infância.

A criança apresenta uma grande necessidade de partilha do seu mundo imaginário, trazendo para as sessões um universo relacionado com vikings, feiticeiros e monstros. Esta menciona que nos dias em que tem expressão musical o dia não lhe corre bem. Apresenta o desejo das sessões de psicomotricidade ocorrerem sempre ao mesmo dia e à mesma hora, evidenciando uma necessidade de estruturação e de rotinas.

O quadro clínico do Duarte inscreve-se numa PHDA típica.

O pai é o acompanhante da criança e apresenta uma postura muito descontraída, descuidada e informal na relação com o terapeuta. Este é um indivíduo afável e simpático.

### **Ricardo**

O Ricardo é uma criança de 8 anos, simpática e bem-disposta. Foi referenciado para a consulta de pedopsiquiatria devido a alterações no comportamento, com uma suspeita de PHDA e com comportamentos de oposição e desafio.

A mãe do Ricardo engravidou pouco tempo depois do seu pai ter falecido, sem que a gravidez tivesse sido planeada; esta apresentou-se demasiado ansiosa e com grande medo do parto, tendo sido necessário a utilização de ventosas. O Ricardo frequentava o jardim de infância numa instituição onde a mãe trabalhava e o agravamento do comportamento surgiu por volta dos 3 anos com a mudança de educadora de infância. O Ricardo quando era mais novo apresentava uma maior

preferência em brincar com puzzles, tendo manifestado pouco interesse em brincar com bonecos.

Os pais queixam-se que o filho tem dificuldade em manter-se sentado à refeição e os comportamentos de oposição manifestam-se tanto em casa como na escola. A criança apresenta uma PHDA típica.

Relativamente ao agregado familiar, o Ricardo vive com os pais e com uma meia-irmã mais velha, fruto de um anterior relacionamento do pai. Embora não existam antecedentes psicopatológicos na família, o avô paterno consumia álcool em excesso e o pai é disléxico.

Geralmente, a criança é acompanhada pela mãe nas sessões, que apresenta um comportamento afável e uma relação adequada com a criança. Por vezes, a mãe apresenta alguns sinais de maior preocupação devido ao comportamento do filho.

### **Catarina**

A Catarina é uma criança com 11 anos, de estatura média, com cabelos compridos, volumosos e uma postura hipotónica.

A criança é bem-disposta, comunicativa e sorridente e tem como interesses específicos o desenho, sendo este o meio preferencial de expressão simbólica.

A Catarina manifesta dificuldades na compreensão e expressão verbal, na leitura de situações sociais, no julgamento social e consequentemente, no relacionamento interpessoal. Esta possui um discurso espontâneo desorganizado que assume um carácter repetitivo e perseverante em situações de maior ansiedade. Por vezes mistura alguns episódios fantasiosos com a realidade (eg. refere que foi mordida por lobos).

A menina frequenta o 4.º ano e apresenta dificuldades cognitivas e na manutenção da atenção numa atividade específica. Os diagnósticos da criança são Dificuldade Específica da Linguagem, DID ligeira, Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação e Perturbação Global do Desenvolvimento. A ansiedade por vezes manifesta-se sob a forma de somatização.

No que concerne ao seu agregado familiar, esta habita com a mãe, dois meios-irmãos (do lado materno) mais velhos e com uma sobrinha (filha da meia irmã), nunca tendo mantido contacto com o seu pai.

A Catarina geralmente é acompanhada pela avó ou pela mãe. A avó apresenta uma postura adequada, embora por vezes reprima ou censure alguns dos comportamentos da Catarina.

### **Eleutério**

O Eleutério é uma criança franzina de 13 anos.

Até aos 6 meses a criança, os pais e o irmão (mais novo) viviam com os avós. Posteriormente, foram viver na casa dos pais até aos 6 anos, momento em que os pais se separaram e o Eleutério voltou a viver com os avós.

O Eleutério desde os 2 anos frequenta a creche e já nessa altura manifestava sintomas de agitação. Na entrada para a escola o Eleutério foi sinalizado com PHDA, apresentando uma grande agitação psicomotora, dificuldades em comer e um sono difícil. Nesse momento a criança iniciou consulta de pediatria do desenvolvimento e de pedopsiquiatria.

A criança atualmente frequenta o 5.º ano, apresentando algumas dificuldades escolares; é rejeitada pelos pares, uma vez que não gosta de partilhar brinquedos – situação que não ocorre nas práticas desportivas. O Eleutério gosta de fazer desporto, nomeadamente, jogar futebol, nadar, fazer capoeira e tem preferência pelas aulas de educação física. O Eleutério apresenta um diagnóstico de PHDA e de POD, apresentando verborreia e impulsividade.

A família nega a existência de antecedentes psiquiátricos, contudo os seus pais são muito ansiosos e o pai identifica-se com o Eleutério nos seus comportamentos. O

acompanhante do Eleutério é o avô, que apresenta uma relação e postura adequada na relação com a criança.

### **Dário**

O Dário é uma criança de raça negra de 8 anos, com uma idade aparente correspondente à real e um aspeto pouco cuidado. O menor enquadra-se numa situação de negligência materna e o pai está detido desde que a criança tem 1 ano de idade.

De acordo com a avó, o neto sempre apresentou sinais de instabilidade psicomotora. Desde há dois anos, o Dário vive com a avó paterna, que observa uma melhoria na agitação e uma evolução no conhecimento de regras. Apesar disso, mantém ainda alguns comportamentos de hiperatividade e de hétero-agressividade em situações de frustração, sobretudo com os pares; as queixas são sobretudo da escola e a avó refere que a criança apresenta maior instabilidade apenas quando regressa da visita à mãe. A criança revela que gosta das visitas.

O Dário manifesta problemas do comportamento, nomeadamente, agitação psicomotora, comportamentos de oposição e agressividade. A criança apresenta um pensamento desorganizado, assim como o jogo simbólico, em que alterna momentos de dóceis com momentos de grande agressividade. O seu diagnóstico é de POD.

Não existe nenhum relato de antecedentes psiquiátricos, contudo o pai quando era criança faltava muito às aulas, uma vez que era desinteressado pelo estudo.

A primeira consulta na pedopsiquiatria foi em 2010, tendo a consulta sido referenciada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. A criança iniciou terapia psicomotora em 2013, contudo a avó revelou-se indisponível para levar o Dário todas as semanas ao hospital, razão pela qual as sessões tiveram o seu término.

### **4. Objetivos e Atividades**

No estágio de pedopsiquiatria foram definidos alguns objetivos, tendo em conta os critérios propostos pelo regulamento do RACP, tanto no que concerne à intervenção psicomotora, como à relação com outros profissionais e à vida da própria instituição.

Os objetivos da intervenção psicomotora estabelecidos foram os seguintes:

- Estudar e aplicar os conhecimentos sobre psicopatologia e integrá-los com a elaboração individualizada do plano terapêutico em terapia psicomotora;
- Selecionar os testes / instrumentos / baterias mais adequadas para avaliar o perfil psicomotor dos casos referenciados;
- Elaborar o plano terapêutico para cada caso avaliado, tendo em conta os aspetos inerentes à expressão do sintoma;
- Realizar intervenção psicomotora com sustentação teórica, mas fundamentalmente com a sua adequação à prática;
- Ter capacidade intuitiva e criativa pré, durante e pós sessão de terapia psicomotora;
- Repensar e desenvolver programas de intervenção psicomotora ajustados à realidade dos casos atendidos;

No que se refere à vida da própria instituição, à relação com outros técnicos e comunidade, os objetivos definidos foram os seguintes:

- Integrar a equipa de pedopsiquiatria de forma dinâmica e com competência da reflexão construtiva sobre a partilha e receção de informação;
- Aprender sobre os modelos aplicados em saúde mental da infância e adolescência, numa equipa multidisciplinar;
- Integrar a dinâmica do serviço de psiquiatria (reuniões);
- Realizar uma apresentação na reunião clínica do serviço.

## 5. Contextos de Intervenção

As sessões de psicomotricidade realizam-se num ginásio integrado no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria, localizado no piso dois do HFF.

O ginásio é um espaço bastante amplo, com imensos materiais que dão apoio às mais variadas atividades nele realizado.

O espaço dispõe de um pequeno armário que se revela insuficiente para albergar todo o material, de um grande sofá que ocupa grande parte da sala. Os materiais presentes no ginásio são: colchões, almofadas, sacos de feijão, arcos, um túnel, um cone gigante, um rolo gigante, um dado de espuma de grandes dimensões, um paraquedas colorido, plataformas de equilíbrio, um skate, bastões, tambores, pandeiretas, lenços, bolas sensoriais de diferentes tamanhos, uma baliza, quadros, marcadores, jogos didáticos, entre outros.

O espaço possui uma única janela, virada para o jardim da unidade de internamento de doentes agudos

## 6. Calendarização das atividades/horário de estágio;

O estágio teve um período de duração de nove meses, compreendido entre os meses de outubro de 2012 e junho de 2013 (Ver Tabela 3).

**Tabela 3 - Calendarização das atividades durante o ano letivo**

Out.				17	Início do Estágio		
Nov.		5  Sessões às segundas					
Dez.					20 – 6	de Jan Férias	
Jan.							
Fev.							
Março	1 e 2  V Simpósio de Psiquiatria			14-22   Férias			
Abril						26  Sessões às sextas	
Maio			7 e 8  Conferência na Gulbenkian				
Jun.							28  Fim

O estágio iniciou-se no dia 17 de outubro e durante as duas primeiras semanas teve uma componente de adaptação ao ambiente hospitalar e de integração no Serviço de Psiquiatria e na equipa de Pedopsiquiatria. Neste período o estagiário participou nas reuniões da equipa, nas sessões clínicas e observou as sessões de psicomotricidade dinamizadas às quartas e quintas-feiras. O regime de observação perdurou durante todo o período de estágio.

**Tabela 4 - Calendarização das atividades por semana**

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
9h30 - 11h00			Sessão Clínica		
11h00 - 13h00			Reunião de Equipa		
14h00 - 18h00	Intervenção		Observação + Intervenção	Observação + Intervenção	Intervenção



No dia 31 de outubro, o estagiário começou a acompanhar regularmente uma criança, sendo as sessões planeadas e dinamizadas pelo próprio. Gradualmente o número de crianças acompanhadas aumentou, havendo a necessidade do estágio desenvolver-se também às segundas e sextas-feiras (Ver Tabela 4).

Na seguinte tabela, é possível verificar a data de integração de novas crianças na terapia psicomotora dinamizada pelo estagiário e ainda quais os casos que iniciaram pela primeira vez terapia psicomotora:

**Tabela 5 - Data de Integração das Crianças na Terapia Psicomotora**

Duarte P.	31 de outubro
Duarte L.	5 de novembro
Catarina	3 de dezembro
Eleutério	7 de janeiro
Frederico*	11 de janeiro
Dário*	11 de janeiro
Manuel	26 de abril
Henrique*	15 de abril
Ricardo*	17 de abril

## **7. Processo de Intervenção**

A intervenção em psicomotricidade inicia-se após a referenciação realizada por um dos pedopsiquiatras da equipa. Após a troca de informações sobre o caso na reunião de equipa, procede-se à marcação de uma sessão. A primeira sessão tem um carácter de avaliação, onde é conduzida uma entrevista à criança e ao seu acompanhante, e em que são explicados os objetivos da terapia.

Depois deste primeiro momento de contacto, as sessões são marcadas com uma frequência semanal. Nas primeiras sessões estabelece-se a relação terapêutica, procede-se a uma avaliação da criança e posteriormente, com base nos conhecimentos sobre a criança é desenvolvido um plano terapêutico.

O presente tópico irá incidir sobre as fases do processo de intervenção. Após uma exposição dos instrumentos utilizados na prática psicomotora, serão descritas as linhas gerais de intervenção, assim como a estrutura das sessões de psicomotricidade.

### **7.1. Avaliação em Psicomotricidade**

Em avaliação existem dois termos recorrentes – *bilan* e *exame*. *Bilan* tem como origem *Bilancio*, termo italiano do século XVI que significa balança, um instrumento de medida. O termo “exame” tem origem latina e está relacionado com a ideia de apreciação, constituindo mais que uma observação uma reflexão (Courberand, 1996).

Courberand (1996) refere que longe de ser uma soma de factos, de problemas e de défices, longe de ser uma avaliação com tarefas, o exame psicomotor é um instrumento que se refina no desenvolver da prática clínica. O psicomotricista não se deve limitar a uma confirmação de uma sintomatologia, mas é necessário dar-lhe um sentido. O exame é essencialmente um ato de pensamento.

#### **7.1.2 Bateria Psicomotora (Fonseca, 2007)**

A Bateria Psicomotora [BPM] de Fonseca (2007) é o instrumento utilizado na avaliação das sessões de psicomotricidade na equipa de pedopsiquiatria. Pretende-se

---

\*Frequência da terapia psicomotora pela primeira vez na equipa de pedopsiquiatria do HFF;

que esta avaliação assuma o valor de ato de pensamento – um pensamento que se renova e que é apurado no decorrer das sessões.

A BPM avalia e descreve o perfil psicomotor de crianças dos 4 aos 12 anos. A BPM não constitui um instrumento que fornece informação detalhada para diagnóstico e não exclui a utilização de exames neurológicos e patológicos. Trata-se de uma ferramenta de *screening* que permite avaliar a integridade psicomotora e psiconeurológica do ser humano. A Avaliação na BPM constitui um ato dinâmico e de interação recíproca entre o observador e a criança.

A BPM consiste num conjunto de tarefas distribuídas pelos sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina), que se encontram distribuídos segundo o modelo luriano (Ver Tabela 6).

**Tabela 6 - Relação das Unidades de Lúria com os Fatores Psicomotores**

Organização Hierárquica ↓	Unidades de Lúria	Fatores Psicomotores
	1ª Unidade Regulação tónica de alerta e dos estados Mentais	Tonicidade Equilíbrio
	2ª Unidade Receção, análise e armazenamento da Informação	Lateralidade Noção do Corpo Estruturação Espaço-Temporal
	3ª Unidade Programação, Regulação e verificação da atividade	Praxia Global Praxia Fina

Na tonicidade são realizadas tarefas de extensibilidade dos membros, passividade, diadococinésias, sincinésias; o equilíbrio inclui tarefas como imobilidade, equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico; na lateralidade é avaliada a lateralidade ocular, auditiva, manual e pedal; a noção do corpo inclui o sentido cinestésico, o reconhecimento direita-esquerda, a autoimagem, a imitação de gestos e o desenho do corpo; quanto à estruturação espaço-temporal é avaliada a organização, a estruturação dinâmica, a representação topográfica e a estruturação rítmica; na praxia global é apreciada a coordenação óculo-manual, a coordenação óculo-pedal, a dismetria, a dissociação, a agilidade; e na praxia fina a coordenação dinâmica manual, o tamborilar e a velocidade e precisão.

A BPM não constitui uma avaliação clássica, uma vez que não pretende reduzir o potencial humano a uma escala numérica. A bateria assume um carácter qualitativo uma vez que à pontuação 1 corresponde uma realização imperfeita, incompleta e descoordenada (perfil apráxico), ao 2 uma realização com dificuldade de controlo (perfil dispráxico), ao 3 uma realização adequada e controlada (perfil eupráxico) e ao 4 uma realização exímia, harmoniosa e controlada (perfil hiperpráxico). Para a obtenção da pontuação de cada fator realiza-se a média das tarefas incluídas no mesmo. A cotação máxima da prova é de 28 pontos e a mínima de 7. Para além da avaliação numérica há uma série de observações que devem ser relatadas.

## **7.2. Outros Instrumentos de Avaliação**

### **7.2.1. Instrumentos de Avaliação do Estilo de Funcionamento da Família e do Índice de Stresse Parental**

Os instrumentos mencionados no presente tópico são referentes à percepção dos pais sobre o estilo de funcionamento da família e ao stresse inerente ao exercício da parentalidade. Os instrumentos não foram aplicados por questões deontológicas, uma vez que a equipa de pedopsiquiatria dispõe de uma psicóloga e funciona segundo um modelo multidisciplinar.

#### **7.2.1.1. Escala de Avaliação do Estilo de Funcionamento da Família (Deal, Trivette & Dunst, 1988)**

A Escala de Avaliação do Estilo de Funcionamento da Família foi desenvolvida como uma avaliação centrada na família e permite identificar os aspetos positivos e as forças da família.

A avaliação abrange cinco domínios distintos: compromisso com a família, coesão da família, comunicação entre os seus membros; competência da família e estratégias de lidar com as situações. Os domínios estão distribuídos por 26 itens, que correspondem a situações e em que é solicitado que o inquirido responda à forma como a família se sente ou reage a essas circunstâncias. A cotação de cada item é realizada entre 1 e 5, sendo que o 1 corresponde a Nada parecido e o 5 a Quase sempre parecido. A escala é de auto-preenchimento e pode ser administrada a um ou mais membros da família.

A pontuação total da escala corresponde à soma das pontuações de cada um dos 26 itens, pelo que pode variar entre 26 e 130. Quanto maior o score total, maiores são as forças e recursos da família e o funcionamento familiar.

#### **7.2.1.2. Índice de Stresse Parental - Short Form (Abidin, 1990)**

O índice de stresse parental é composto por 36 itens que correspondem a situações do dia-a-dia, positivas e negativas. O inquirido (mãe e/ ou pai de criança com 12 anos ou mais nova) atribui um valor de 1 a 5 à forma como lida com cada uma das vivências. O 1 corresponde a concordo absolutamente e o 5 a discordo completamente.

A partir desta escala é possível obter informações sobre o nível de stresse associado ao exercício da parentalidade, à relação entre os pais e a criança e características da própria criança que podem induzir stresse.

A pontuação total do stresse permite indicar o nível geral de stresse no exercício da parentalidade. O índice total de stresse não inclui o stresse associado a outros papéis que os pais assumem na sua vida e a outros acontecimentos, e por isso os resultados devem ser interpretados apenas como o nível de stresse no exercício da parentalidade. Este índice deve ser obtido através da soma do stresse relatado nas áreas de stresse pessoal enquanto pai, no stresse derivado da relação com a criança e no stresse que resulta de características da criança. Os pais que obtiverem uma pontuação acima dos 90 experimentam níveis clinicamente significativos de stresse e por isso deverão ser encaminhados para uma análise diagnóstica com maior profundidade e para assistência profissional.

O stresse parental é uma subescala que avalia a angústia do pai ou mãe em função de fatores pessoais relacionados com a parentalidade. A componente stresse associada ao exercício da parentalidade avalia: sentido de competência parental deficitária, stresse associado a restrições em outros papéis desempenhados no quotidiano, conflito com o outro parente da criança, apoio social escasso, presença de sintomas depressivos. Quando esta subescala assume um valor superior às outras subescalas é recomendada uma maior exploração do comportamento dos pais.

A subescala de interação disfuncional pai-criança foca-se na percepção dos pais de que a sua criança não corresponde às suas expectativas e que a interação com a criança não os fortalece enquanto pais. Estes pais projetam o sentimento de que a criança é um

elemento negativo na sua vida. Geralmente, a descrição desta relação sugere que os pais ou são abusados ou rejeitados pela criança, ou estão desapontados e sentem-se alienados com o filho. Uma pontuação alta indica que a vinculação criança-pai está perturbada ou que nunca foi bem estabelecida.

A subescala da criança com dificuldades foca-se em características básicas do comportamento da criança que tanto podem ser difíceis como fáceis de gerir. Essas características estão muitas vezes enraizadas no temperamento da criança, mas podem também incluir padrões adquiridos de desafio, de não colaboração e de exigência. Pontuações altas em crianças com dois ou mais anos de idade indicam dificuldades na gestão do comportamento da criança, na definição de limites e na colaboração da criança.

### **7.2.2. Instrumentos de Avaliação das Competências Motoras**

O presente tópico descreve instrumentos de avaliação de competências motoras, nomeadamente o Movement Assessment Battery for Children [M-ABC], o Body Skills e o Teste de Proficiência Motora Bruininks Oseretsky 2 [BOT-2]. Os instrumentos foram utilizados na realização de um inventário de tarefas que avaliassem fatores psicomotores (Ver Anexo I).

#### **7.2.2.1. Movement Assessment Battery for Children (Henderson & Sugden, 1992)**

O M-ABC é um instrumento que avalia as capacidades motoras de crianças dos 4 aos 12 anos. As atividades estão distribuídas por 4 bandas em função da idade da criança. A Banda 1 corresponde aos 4, 5 e 6 anos, a banda 2 aos 7 e 8 anos, a banda 3 aos 9 e 10 anos e a banda 4 aos 11 e 12 anos.

As atividades assentam em três domínios, nomeadamente, a destreza manual, as habilidades com bola e o equilíbrio estático e dinâmico.

O instrumento tem uma componente quantitativa, em que o comportamento é cotado tendo em conta o tempo de realização da tarefa ou o número de vezes em que a criança realiza a tarefa solicitada. Caso a tarefa não seja bem executada é cotada com um F.

Para além desta observação mais quantitativa são descritos alguns fatores comportamentais da criança durante a aplicação da bateria (eg. hiperatividade, passividade, timidez, tensão, impulsividade, distratibilidade, desorganização, sobrestimação das capacidades, subvalorização das capacidades, falta de persistência, baixa tolerância ao fracasso e vivência do sucesso sem qualquer prazer), fatores físicos e uma observação qualitativa de cada um dos domínios avaliados.

#### **7.2.2.2. Body Skills: A Motor Development Curriculum for Children (Sargent, Werder, Bruininks, 1988)**

O Body Skills constitui um inventário da avaliação das habilidades motoras de crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 12 anos e pretende verificar o desenvolvimento de 29 habilidades motoras e padrões de desenvolvimento em cinco módulos: conhecimento do corpo, locomotor, condição física, manipulação de objetos e motricidade fina.

Cada uma das atividades dispõe de três níveis de desenvolvimento – rudimentar, funcional e maturo e são dadas três oportunidades à criança para realizar eficazmente cada um dos níveis.

Normalmente, a demonstração da ação e as instruções verbais ocorrem concomitantemente e após isso há uma repetição das instruções, sem haver qualquer exemplificação.

### **7.2.2.3. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (Bruininks & Bruininks, 2005)**

O BOT-2 avalia a proficiência motora e identifica défices nas habilidades motoras em indivíduos com idades compreendidas entre os 4 e os 21 anos. O teste tem uma função de diagnóstico e despistagem de dificuldades motoras.

O teste avalia quatro áreas motoras principais, nomeadamente, o controlo manual fino, a coordenação manual, o controlo do corpo e a força e a agilidade. Cada um dos domínios é constituído por subtestes. A forma reduzida do teste compreende 14 itens distribuídos em oito subtestes (precisão motora fina, integração motora fina, destreza manual, coordenação bilateral, equilíbrio, velocidade e agilidade, coordenação dos membros superiores e força) e é utilizada para rastreio, avaliação de programas e determina a necessidade de uma avaliação funcional. Os resultados brutos do teste, após a aplicação, são convertidos em resultados padrão e a soma dos resultados de cada subteste corresponde ao resultado padrão total.

### **7.3. Linhas gerais de Intervenção e Estratégias**

As sessões desenrolam-se de uma forma colaborativa, com atividades interativas e que promovem o companheirismo e o sentido de inter-relação. O técnico deve assumir uma atitude de escuta permanente de forma a identificar e avaliar as necessidades da criança, aumentar a empatia e a segurança da relação terapêutica.

O terapeuta deve incentivar e aceitar as sugestões da criança, promovendo assim as suas capacidades criativas e fomentando a vivência prazerosa de um espaço de libertação e ao mesmo tempo de organização intrapessoal. Quanto à promoção da criatividade da criança, não é dada preferência a uma solução específica para um determinado problema, mas é incentivada a apresentação do maior número de soluções e a identificação das consequências das mesmas, uma vez que o próprio meio ambiente através de um processo de seleção natural permite atenuar as respostas menos boas e reforçar as mais eficazes. Valoriza-se ainda a forma de comunicação natural da criança e é disponibilizada à mesma o acesso a formas de diálogo diversificadas.

Ao longo da sessão devem ser promovidos valores democráticos, havendo a necessidade de discutir as atividades de forma a alcançar um consenso. Algumas vezes as sessões não têm um carácter diretivo, sendo favorecido o ensino da interação, em detrimento da apresentação de uma atitude repressora e que implica a submissão ou da criança ou do terapeuta. Importante realçar que em algumas sessões com maior incidência relacional e de exploração do jogo simbólico são estabelecidas relações de poder e de submissão – geralmente, a criança projeta para o terapeuta uma figura de autoridade, que é progressivamente desconstruída. O terapeuta surge como uma tela em branco para onde são projetados alguns conflitos de natureza intrapessoal da criança.

Sempre que surjam comportamentos que perturbem o decorrer das atividades o terapeuta deverá assumir uma atitude assertiva, que tenha como objetivo reorientar a criança para a atividade, de uma forma criativa e não autoritária. Revela-se de extrema importância a identificação de situações precursoras de comportamentos disruptivos. O terapeuta assume um papel fundamental no fornecimento de estratégias à criança que permitam a identificação de comportamentos disruptivos e consequente alteração dos mesmos.

Com vista a minimizar situações negativas, deve ser realizada antecipadamente uma gestão do tempo e do espaço, de maneira a que a criança vivencie o momento de forma securizante, contudo essa gestão deve permitir a atividade criativa. As instruções do terapeuta deverão também ser concisas e claras e focadas num único objetivo (preferência por tarefas simples ou faseamento de tarefas mais complexas).

Caso a criança apresente dificuldades de atenção, revela-se importante eliminar estímulos distratores ou mesmo limitar o número de objetos que a criança pode utilizar e assim permitir que a exploração de um único material seja rentabilizada ao máximo.

#### 7.4. Descrição dos momentos da sessão

As sessões de psicomotricidade têm a duração de 45 minutos e possuem uma estrutura pré-definida (Ver Tabela 7).

Tabela 7- Estrutura da Sessão

Estrutura da Sessão
1. Cumprimento
2. Diálogo Inicial + Planeamento das Tarefas a realizar
3. Atividades
4. Relaxação
5. Diálogo Final
6. Arrumação da Sala
7. Cumprimento

De seguida serão explicados os diferentes momentos da sessão:

- **Cumprimento** – O cumprimento é um ritual que tem lugar no início e final de cada sessão e corresponde a um gesto definido pela criança na primeira sessão. Tal gesto é fundamental para delimitar o espaço exterior do espaço da sessão e contribui para o sentimento de pertença ao novo espaço.
- **Diálogo inicial** – O diálogo inicial corresponde ao momento em que a criança e o terapeuta se sentam num local do ginásio (geralmente sempre o mesmo espaço) e em que são colocadas questões à criança com o intuito de avaliar o seu estado (eg. Como é que correu a tua semana? O que é que fizemos na semana passada? Há alguma atividade que gostasses de fazer hoje?). Este momento possui uma função retrospectiva e prospetiva, em que é evidenciada a reorganização do pensamento e em que é realizada uma ligação entre a sessão anterior e a sessão atual.
- **Planeamento das tarefas** – Neste período é realizado no quadro da sala um mapa das tarefas que serão realizadas durante a sessão, sendo que estas tanto podem ser sugeridas pela criança como pelo terapeuta. As tarefas são explicadas no quadro através de desenho, escrita ou de expressão verbal. Concomitantemente, é definido o tempo necessário para realizar cada tarefa.
- **Realização das atividades** – As atividades são preparadas de acordo com o planeamento realizado e acordado, anteriormente, pela criança e pelo terapeuta. Após a realização das atividades é questionado quais os aspetos positivos da tarefa e os menos positivos; as diferenças entre o planeamento e a execução, diferentes formas de contornar os problemas identificados ao longo do jogo e possíveis variantes para o jogo colocado em prática.
- **Relaxação** – No momento da relaxação são propostas algumas técnicas de grande carácter lúdico. A criança seleciona o momento em que a relaxação ocorre, a escolha do local, a forma como decorre e os objetos de mediação utilizados. Este período contribui para potenciar a consciencialização corporal, desenvolver uma maior proximidade entre criança e terapeuta e melhorar a regulação tónico-emocional. Devido ao perfil destas crianças é difícil o acesso ao controlo e passividade e como tal procede-se à aplicação de técnicas de relaxação ativa (gestão do autocontrolo, direção de forças opostas) para crianças, visando-se progressivamente incluir outras técnicas de mobilização passiva.
- **Diálogo final** – No final é realizado um resumo da totalidade da sessão, em que são evidenciados os aspetos que a criança mais gostou e os que menos gostou.

Para além disso, procede-se a uma reflexão sobre as vivências da criança ao longo da sessão.

- **Arrumação da sala** – Procede-se à arrumação do material utilizado na sessão de uma forma lúdica.
- **Cumprimento** – Neste momento é realizado de novo o cumprimento, de forma a marcar o final da sessão.

Todos os momentos da sessão são acompanhados de uma reflexão. Pretende-se assim colocar o corpo ao serviço do pensamento e promover a integração psicomotora.

## **PARTE III – Estudos de Caso**

### **1. Duarte**

#### **1.1. Breve Descrição**

O Duarte L. é uma criança de 13 anos de estatura média.

Apresenta um rosto de aborrecimento, um aborrecimento que se confunde com inexpressividade. O seu corpo revela algum cansaço e uma postura descuidada. Apresenta-se sempre nas sessões com uma roupa desportiva, às vezes suja, e que mostra pouco investimento ao nível da imagem.

A criança frequenta o 5.º ano e possui dificuldades no controlo motor e dos impulsos, assim como na atenção, o que afeta a aprendizagem, a socialização e a integração escolar. A criança apresenta ainda manifestações de ansiedade, com aumento da agitação psicomotora e discurso repetitivo em ambientes de maior stresse.

O Duarte é filho único, vive com a mãe, o irmão da mãe e a sua esposa, e a irmã e a mãe da esposa do tio. A criança não tem contacto com o seu pai desde os 3 anos de idade e aparenta ter uma relação muito forte com o seu tio da parte materna.

No passado apresentou tiques motores e vocais que têm diminuído na sua intensidade e frequência, tendo manifestado também coprolalia.

O Duarte tem os diagnósticos de Perturbação de Tourette, PHDA, Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação e DID Ligeira.

A mãe acompanha o Duarte às consultas e é adequada com a criança, embora demonstre neutralidade na expressão dos afetos. Aparenta ter uma atitude funcional com o filho.

#### **1.2. Avaliação Inicial**

No presente tópico será descrito o momento de avaliação formal realizado com o Duarte. A avaliação decorreu após um período de estabelecimento da relação empática e de observação informal.

##### **1.2.1. Condições**

A BPM foi aplicada durante três sessões nos dias 7, 14 e 21 de janeiro no período da tarde. A sequência das atividades não obedeceu à estrutura definida pelo manual, referente à organização hierárquica dos fatores psicomotores.

A primeira aplicação realizou-se num dos gabinetes do serviço de psiquiatria e incidiu em tarefas que implicassem o uso de secretária. As restantes duas sessões foram desenvolvidas no ginásio (Ver Anexo II).

Os materiais utilizados na aplicação foram desenvolvidos pelo terapeuta ou estavam disponíveis no ginásio de psicomotricidade e todas as atividades foram organizadas antes do início da sessão, de forma a evitar momentos de distração.

O terapeuta optou por utilizar uma abordagem lúdica e as instruções foram dadas de um modo verbal com recorrência à demonstração. O reforço de aspetos positivos presentes na realização da tarefa e outras estratégias motivacionais foram utilizadas. Após a realização de cada tarefa procedia-se também a uma reflexão sobre como melhorar a performance.

O terapeuta tentou não transparecer para a criança o carácter de avaliação e apreciação inerentes à bateria, optando por não tomar registos durante a realização das provas.

##### **1.2.2. Resultados**

O Duarte tem uma aparência morfológica predominantemente endomorfa e não apresenta desvios corporais. Ao longo das sessões o Duarte mostrou alguma desmotivação e questionou sistematicamente quanto tempo mais ia durar a sessão. Não



havia qualquer empenho na realização das atividades, pelo que alguns resultados podem ter sido enviesados por esta atitude apática e de grande desinteresse.

Quanto ao controlo respiratório, tanto a inspiração como a expiração parecem ocorrer de forma forçada e não natural, tendo de haver uma concentração acrescida por parte da criança para a realização destas tarefas. A criança apresenta dificuldades em sustentar a respiração e permanecer em apneia algum tempo.

No que concerne à tonicidade, a criança apresenta um perfil hipertónico e alguma dificuldade em reconhecer o seu estado corporal quando questionado pelo terapeuta. Existe uma necessidade em manter um controlo do corpo e a criança tem dificuldades em aceder a um estado de mobilização passiva. Também a extensibilidade, tanto dos membros superiores como dos membros inferiores, acusa alguma resistência, rigidez e contratilidade; na extensibilidade dos membros superiores os cotovelos não se tocam e o dedo polegar não alcança o punho. Na avaliação das diadococinésias, os movimentos de pronação e supinação não são harmoniosos, nem coordenados. A criança apresenta também sincinesias bucais e contralaterais marcadas.

Quanto à equilíbrio, a criança não se consegue manter imóvel com os olhos fechados, manifestando oscilações e alguns movimentos nas extremidades – depreende-se que a dificuldade neste item esteja mais associada à dificuldade do Duarte permanecer com os olhos fechados.

A lateralização não está difusa, sendo que o Duarte apresenta uma predominância do lado direito na lateralização ocular, auditiva, manual e pedal. Quanto à noção do corpo, as tarefas que implicam o reconhecimento da direita e esquerda no próprio corpo foram eficazmente realizadas, contudo, quando as atividades implicavam a localização do lado esquerdo e direito no terapeuta, manifestavam-se sinais evidentes de hesitação e confusão. Tal dificuldade pode estar associada a défices no sistema de empatia. A dificuldade também foi evidenciada no teste de imitação de gestos, sendo que o Duarte não conseguiu imitar nenhum dos gestos sugeridos pelo terapeuta. Quanto ao desenho do corpo, este é muito imaturo. O corpo tinha pequenas dimensões comparativamente com o tamanho da folha, o que demonstra algumas dificuldades na estruturação do espaço.

No que concerne à estruturação espaço-temporal, a tarefa de organização foi realizada com ligeiro descontrolo nos passos finais, sendo estes encurtados – mesmo após ter sido realizada uma reflexão sobre o tamanho dos passos em função do número e do Duarte ter feito um bom raciocínio, a dificuldade mantinha-se. A estruturação dinâmica foi a tarefa em que o Duarte realizou com maior entusiasmo, devido ao carácter de desafio da tarefa. A criança criou uma situação de rivalidade com o terapeuta ao pronunciar frases como *Ganhei-te* ou *Vou acertar*.

Na representação topográfica a criança apresentou algumas hesitações. Quanto à estruturação rítmica, o Duarte não conseguiu reproduzir nenhuma das sequências – o terapeuta considera que o mau desempenho pode ser justificado em parte pela dificuldade da tarefa.

Nas atividades de coordenação óculo-manual e óculo pedal o Duarte apresentou um grande entusiasmo, contudo não conseguiu realizar na perfeição as atividades, tendo revelado alguma impulsividade no lançamento da bola e alguma dificuldade em coordenar a visão e o movimento da mão ou do pé - o Duarte realizou a tarefa insistentemente até conseguir obter um sentimento de realização. Nas tarefas de dissociação dos membros superiores e membros inferiores o Duarte alcançou o sucesso na tarefa, contudo na coordenação de membros superiores e inferiores a criança manifestou demasiada hesitação e não conseguiu reproduzir os movimentos sugeridos pelo terapeuta. Na prova de agilidade, a criança revelou dificuldades em coordenar o batimento das palmas das mãos com o movimento de afastamento das pernas, apresentando um movimento bastante desarmonioso.

Relativamente à praxia fina, o Duarte realizou a prova de coordenação dinâmica manual eficazmente. Quanto ao tamborilar, a criança fazia a repetição da oponibilidade. Na tarefa de velocidade e precisão, a criança não se preocupou em fazer os pontos e as cruzes perfeitamente e quando lhe foi solicitado que realizasse a tarefa com maior precisão, o número de cruzes e pontos diminuiu substancialmente.

A cotação dos fatores pode ser verificada no Gráfico 1, sendo que o Duarte apresentou como áreas fortes a Lateralidade, Equilibração e Praxia Global. Os restantes fatores encontram-se cotados com valores abaixo de 3.

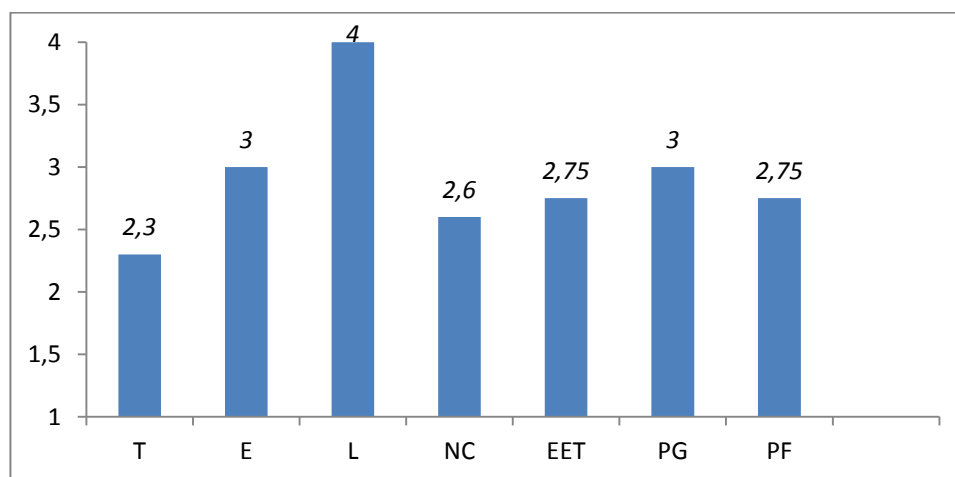


Gráfico 1 - Perfil Psicomotor na Avaliação Inicial

### 1.3. Conceptualização do Caso

O Duarte apresenta inexpressividade corporal e verbal, e sinais de apatia. Tal inexpressividade remete para o conceito de alexitimia: dificuldade em identificar, distinguir e verbalizar estados emocionais, fantasia deficitária e um pensamento focado no exterior (Loas, 2010). Essa dificuldade pode indiciar uma falha no arco “como se”, no Sistema de Neurónios Espelho (Damásio 2010), e consequentemente, na empatia e socialização. A pouca criatividade do corpo pode ser explicada em parte por um défice no processo de reconstituição (representação de objetos, ações e propriedades) e na internalização do discurso (Barkley, 1997).

Há uma necessidade permanente do Duarte sentir o corpo e de controlá-lo (*sense of agency*). O Duarte não permite aceder facilmente a um estado de mobilização passiva, pelo que se pode inferir um défice ao nível do *sense of ownership*. Isto é, o sentido de propriedade do corpo parece ser indissociável de um sentido de hipervigilância – o Duarte apresenta grandes dificuldades em manter os olhos fechados e tem a necessidade de movimentar os dedos em momentos que se pretende uma maior passividade.

Um estilo de representação corporal específico? A imagem do *self* é muito dependente dessa hipervigilância, como se a essência do corpo dependesse das sensações propriocetivas. Há uma compulsão no sentido de agência do corpo, que também se manifesta nas preferências dos jogos: jogar à bola com o pé ou com a mão.

A criança tem uma auto-perceção positiva acerca do seu desempenho físico. Como constatado anteriormente, a perceção positiva é um fator protetor para o não desenvolvimento de sintomas depressivos (McQuade et al, 2011), contudo desconhecem-se os efeitos a longo prazo dessa perceção ilusória e desajustada da realidade, uma vez que esse défice de perceção não permite refletir sobre o comportamento e sobre possíveis alterações que possam ser feitas. Tal dificuldade pode

também ser explicada pelos défices no discurso internalizado do modelo híbrido de Barkley (1997).

#### 1.4. Planeamento da Intervenção

As sessões de psicomotricidade com o Duarte iniciaram-se em novembro e terminaram em junho, totalizando 29 sessões, tal como é possível verificar na Tabela 8.

**Tabela 8 – Calendarização das Sessões do Duarte em função do mês**

Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
5	3	7	4	4	1	6	7
12	10	14	11	11	8	17	14
19	17	21	18	25	15	31	26
26		28	25		22		28
					29		

##### 1.4.1. Modelo de Intervenção

As sessões decorrem no ginásio do hospital de dia e têm uma duração de 45 minutos. A intervenção é individual e o modelo de intervenção tem uma maior componente instrumental, dadas as características da criança. As sessões seguem a estrutura enunciada na PARTE III.

Os aspetos a intervir parecem ter essencialmente uma base cognitiva, nomeadamente, ao nível das funções executivas e da capacidade representativa. A intervenção para além de dar importância às áreas onde o Duarte apresenta maiores dificuldades, deverá estar também direcionada para os seus interesses. Assim, numa primeira fase de avaliação e de estabelecimento da relação empática, serão tidos em conta os jogos do Duarte e a organização dos mesmos, jogos que envolvem uma componente motora e que estejam relacionados com uma bola – a partir dos mesmos pretende-se que exista uma reestruturação do jogo e a recriação de outros. A intervenção também incidirá em tarefas de resolução de problemas e outras que impliquem uma maior capacidade de representação e expressão. As atividades têm uma componente muito diretiva e estruturada e são sempre acompanhadas de uma reflexão. Deste modo, a intervenção assenta na organização e complexificação do jogo, na exploração da criatividade (flexibilidade mental e resolução criativa de problemas) e em aspetos da cognição social (ressonância afetiva, reconhecimento de expressões corporais diversificadas/ em contextos diversificados).

Os objetivos gerais incidem na redução da ansiedade e numa melhoria da regulação afetiva em associação com o equilíbrio psicomotor.

#### 1.5. Plano Terapêutico

**Tabela 9 - Objetivos Específicos da Intervenção com o Duarte L.**

Domínios de Intervenção <sup>2</sup>
--------------------------------------

<sup>2</sup> A divisão dos domínios de intervenção consiste numa simplificação teórica dos objetivos, contudo torna-se importante realçar que tal fragmentação é artificial e na prática clínica estes aspetos são indissociáveis, tendo em conta a visão holística e unitária do ser humano.

Psicomotor	Cognitivo	Psicoafectivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a tomada de consciência do esquema corporal;</li> <li>• Modelar o diálogo tónico-emocional;</li> <li>• Regular os diferentes estados tónicos.</li> <li>• Aumentar o tempo de concentração e vigilância na relaxação;</li> <li>• Aumentar a capacidade de orientação no espaço de forma organizada e planeada;</li> <li>• Aumentar a coordenação e a dissociação dos movimentos dos membros inferiores e superiores;</li> <li>• Promover a capacidade de expressão corporal;</li> <li>• Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de memorização e reprodução de sequências;</li> <li>• Melhorar a atenção e a memória visuoespacial;</li> <li>• Melhorar a atenção seletiva (capacidade de selecionar estímulos diferentes e adequados);</li> <li>• Aumentar o tempo de permanência nas tarefas;</li> <li>• Reduzir a perseverança de comportamentos rígidos e promover a flexibilidade mental;</li> <li>• Incitar a resolução criativa de problemas;</li> <li>• Promover uma maior capacidade representativa ou pensamento abstrato;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilitar a capacidade de expressão emocional;</li> <li>• Estimular diferentes formas de expressão através do corpo;</li> <li>• Aumentar a tomada de iniciativa;</li> <li>• Aumentar a capacidade de valorização e o sentimento de competência;</li> <li>• Melhorar a autoconfiança e a autonomia;</li> <li>• Aumentar a tolerância à frustração;</li> <li>• Aumentar as capacidades de autocontrolo;</li> </ul>

## 1.6. Resultados do Processo de Intervenção<sup>3</sup>

### Momento 1 – Compreensão do Duarte

A primeira sessão com o Duarte tratou-se de uma sessão de observação informal do seu comportamento, em que foi permitida a exploração livre do espaço, a observação da atividade espontânea e a realização de tarefas que fossem do interesse da criança. Pretendia-se também estabelecer um vínculo entre criança e terapeuta. O Duarte na primeira sessão pareceu uma criança bastante contida, com uma atitude de adulto; interessava-se sobretudo por jogos muito simples como lançar a bola a um cesto ou pontapear a bola para uma “baliza”, jogos muito repetitivos e pouco elaborados. Mesmo nessas tarefas, do interesse da criança, não havia qualquer clareza quanto à definição das regras do jogo, do espaço etc. Tornou-se clara a necessidade da repetição do jogo (características de teor mais compulsivo), inerente ao controlo da tarefa.

O Duarte mostrou ser uma criança com um discurso verbal pouco elaborado e com um pensamento manifestamente concreto. O seu discurso estava demasiado dirigido para os materiais da sala. As perguntas eram repetitivas e dirigidas sobretudo às características dos objetos; infere-se um desejo da criança em querer pertencer ao universo daquele espaço e em familiarizar-se com o objeto. A criança apresenta uma

<sup>3</sup> Um plano e um relatório de sessão do Duarte podem ser consultados no Anexo III

afetividade implícita com os objetos, envolvendo-se com estes de forma funcional - denotou-se uma dificuldade ao nível da expressão de emoções. Pode-se afirmar que o Duarte apresenta uma tendência para a alexitimia, embora exista a necessidade do sentimento de pertença no espaço. O discurso é vazio de conteúdo emocional. Perguntas como por eg. “De quem é esta bola? Onde é que foi comprada? As bolas estão vazias, posso enchê-las? Onde está a bomba? Posso levar as bolas para casa?” foram, insistentemente, realizadas nas primeiras sessões.

O início da relação terapêutica teve como mediador aspetos ligados ao futebol – a criança questionava se o terapeuta jogava futebol ou futsal e inclusive, se este já tinha sido campeão de futsal. O comportamento do Duarte induziu no próprio terapeuta sensações de alguma frustração e dificuldade de cativar a criança – O comportamento da criança está mais associado a questões de natureza mais depressiva ou as sessões são de natureza pouco apelativa? Numa segunda sessão, quando o Duarte referiu que considerava o terapeuta simpático, de uma forma livre e espontânea, houve a dedução que tais características estivessem integradas num estilo de funcionamento transversal a todos os contextos.

O Duarte revelou um estilo de funcionamento operativo, manifestando uma grande preferência para manter o corpo em atividade, uma atividade que não era planeada, nem tinha objetivos bem definidos. Apresentava sempre um semblante cansado e desmotivado. Age também de forma funcional nas atividades escolhidas pelo próprio sem mostrar entusiasmo.

O psicomotricista pretendia saber a história de vida da criança, sob o ponto de vista das emoções, independentemente de qualquer diagnóstico clínico. Devido à observação de algumas dificuldades na expressão de emoções, pensou-se em compreender melhor como era a relação do Duarte com os seus familiares e amigos. Assim, foi proposta uma tarefa designada de átomo social, em que a criança escrevia o nome de familiares em diferentes folhas, colocava cada um dos nomes dentro de um arco e, posteriormente, tinha de dispor os arcos ao seu redor em função da proximidade que mantinha com estes. O Duarte colocou todos os familiares ao mesmo nível (mãe, tios e primos) e o pai foi colocado a uma distância considerável deste primeiro grupo de familiares (o Duarte nunca conheceu o pai). A criança media a quantidade do gostar dos familiares pela quantidade de presentes que recebia dos mesmos. Uma tarefa semelhante com o nome dos amigos foi solicitada e nesse caso notou-se a existência de dois polos extremos: os amigos do género masculino com quem o Duarte tinha uma maior ou menor relação em função do tempo que as crianças jogavam com ele e outro polo do género feminino, que eram as pessoas com quem o Duarte menos se identificava. Torna-se importante realçar que a mãe aparenta ter um estilo de relacionamento funcional com o Duarte e este possui uma relação de grande proximidade com um tio, que é bem-disposto, brincalhão, divertido – o que em parte pode justificar a polarização dos géneros na atividade dos amigos. O facto do Duarte nunca ter conhecido o pai e tê-lo incluído na atividade pode indicar alguma resignação.

## **Momento 2 – A recusa e a resistência às atividades propostas**

O terapeuta face às características da criança, optou por introduzir tarefas de consciencialização do corpo, das possibilidades de movimento, da gestão do tónus de ação, a vivência de momentos de mobilidade em alternância com momentos de imobilidade, a adequação da respiração aos movimentos. Para tal o ponto de partida foram os movimentos mais naturais do ser humano (eg. espreguiçar, bocejar, suspiros). Tais propostas foram vividas com grande desinteresse e acompanhadas de questões como eg. “Quantas vezes mais é preciso fazer esta tarefa?”

As tarefas que envolviam a escrita ou o desenho (início e final das sessões) eram feitas sem qualquer empenho e rapidamente, sendo que após o término das tarefas o Duarte dizia com um sorriso “Já ‘tá!”.

A resistência a atividades que não correspondessem aos interesses da criança era evidente. Depreende-se que os comentários ou atitudes da criança não têm uma essência verdadeiramente opositora, mas pretendem ser uma forma da criança marcar a sua posição e definir-se.

### **Momento 3 – Os jogos do Duarte e a progressiva complexificação**

Houve, assim, a necessidade de trazer os jogos simples do Duarte para o espaço da sessão. Antes de qualquer jogo era necessário definir o objetivo, as regras, delimitar os espaços (definir o tamanho das balizas, dos campos, proceder à identificação do campo da criança e do campo do terapeuta), os materiais utilizados e atribuir um nome ao jogo. Embora a intervenção estivesse inserida na equipa de pedopsiquiatria, pensou-se que seria de extrema relevância inserir nestes jogos alguns conceitos fundamentais nas aprendizagens académicas, aspetos nos quais a criança apresentava algumas dificuldades.

Nestas atividades para além dos aspetos relacionados com a organização do próprio jogo, eram trabalhadas as capacidades de estruturação espacial, a melhoria da atenção e memória (visual e espacial), a fomentação da capacidade de seleção de material e também a noção do corpo. Após cada jogo procedia-se sempre a uma reflexão dos aspetos que tinham corrido bem e dos que poderiam ser melhorados, pretendendo-se desenvolver a função retrospectiva e a identificação de diferenças entre a planificação e a real execução da atividade.

As atividades ligadas aos jogos com a bola têm uma grande carga afetiva inerente. Torna-se interessante comprovar que o Duarte não joga futebol na escola, devido a uma pobreza nas suas relações sociais e que a sessão constitui um espaço para o mesmo realizar todas as atividades que não executa em ambiente escolar, seja nas aulas de Educação Física ou no recreio. Notou-se ainda uma necessidade da criança ser valorizada ao questionar o terapeuta se era o primeiro a usar aquele material, se os outros miúdos jogavam tão bem futebol quanto ele e afirmando que certamente era o melhor.

### **Momento 4 – A desconstrução e construção do jogo**

Com o decorrer das sessões foram introduzidos novos aspetos como a definição de regras mais criativas (eg. tocar a bola só com o pé direito, tocar com a bola só com o pé esquerdo, só marcar golo com determinada parte do corpo, passar a bola sempre de formas diferentes). Acabou-se por assistir a uma desconstrução do jogo de base e à formação de novos jogos (eg. no jogo de futebol foram introduzidos outros objetos e quem tocasse nesses objetos perdia pontos; passar a bola entre terapeuta e criança e instruir para que esta tocasse uma vez ou duas no chão antes de ser recebida).

Após esta fase, o terapeuta começou a criar conjuntamente com a criança outros jogos que implicassem o uso da bola, mas que fossem completamente distintos dos jogos inicialmente propostos pelo Duarte (eg. utilizar uma bola de algodão e pinos de forma a intervir ao nível da gestão da respiração; fazer uso do paraquedas colorido e passar a bola de uma cor para outra de acordo com as instruções do terapeuta ou da criança).

De realçar que apesar do processo de desconstrução do jogo, o Duarte tinha sempre a necessidade de agarrar-se às bolas do espaço enquanto estabelecia os diálogos inicial e final com o terapeuta.

### **Momento 5 – A Resolução de Problemas**

Gradualmente foram introduzidas tarefas de resolução de problemas, nas quais o Duarte apresentava algumas dificuldades ao pensar nas possíveis soluções para o problema apresentado. As atividades foram sendo cada vez mais adaptadas ao nível de desenvolvimento da criança e com alguma perseverança e simplificação das tarefas o êxito foi alcançado.

As primeiras tarefas de resolução de problemas incluíam o domínio sobre a bola (eg. fazer percurso com materiais da sala e transportar a bola somente com bastões). Progressivamente foram introduzidos problemas que implicassem, necessariamente, o pensar antes de agir. Quando o Duarte não conseguia fazer as tarefas eficazmente manifestava alguns comportamentos de frustração (eg. rasgar folhas da tarefa).

Foram integradas nas sessões atividades em que a criança tinha de recriar jogos didáticos existentes na sala, no espaço do ginásio. A criança após perceber o funcionamento do jogo fazia um *transfer* do jogo para o ginásio, tendo de selecionar quais os materiais necessários para a execução do mesmo. O jogo selecionado destinava-se ao desenvolvimento de capacidades de atenção e memória visual.

### **Momento 6 – Uma maior capacidade criativa**

Nesta crescente complexificação de tarefas, começou-se a introduzir aspetos da representação simbólica dos objetos (eg. representação dos objetos através de gestos e movimentos com o corpo) e de uma maior capacidade de abstração.

Algumas atividades centravam-se na seleção de materiais específicos da sala e na identificação de possibilidades de uso que o mesmo material oferecia. O Duarte numa dessas atividades selecionou um funil vermelho enorme, denominado por ele de giratório (referência a uma das funções mais óbvias do objeto) e identificou como possibilidades de uso “pô-lo na cabeça”, “colocar-se dentro”, “rodá-lo”, “fingir que é um tambor” (interessante o recurso ao termo “fingir” em detrimento de referir, simplesmente, que o funil poderia servir de tambor).

Neste momento inseriram-se também tarefas em que era indicada uma lista de materiais ao Duarte e a partir da lista de materiais fornecida tinham de ser definidos o máximo de jogos possíveis, procedendo-se à seleção de um dos jogos, à definição de regras e à concretização do mesmo.

De forma a fomentar a capacidade criativa, foram sugeridas tarefas em que o Duarte após selecionar imagens de uma revista teria de formular uma história com base nessas imagens, inventar personagens e redigir a história. Após a escrita da história, procurou-se utilizar as bolas como personagens e através dos batimentos e ritmos na bola criar um diálogo entre as diferentes personagens. O Duarte mostrava-se bastante agradado com o sentimento de realização, fruto do material que era criado. Estas tarefas incidiram sobretudo na elaboração de uma narrativa e na organização de um discurso fluente e lógico.

Concomitantemente, o Duarte começou a trazer mais aspetos da sua vida para a sessão, como as suas vivências escolares, a relação com amigos etc. O Duarte apresentou algum material que seria interessante desenvolver em sessões de âmbito psicoterapêutico. A criança também manifestou uma grande necessidade de querer saber mais sobre o terapeuta, elaborando perguntas como: “Com quem vives? Onde estão os teus pais?” e revelava às vezes alguma dificuldade em pensar no psicomotricista enquanto terapeuta e não como um amigo (eg. convite para o terapeuta ir a um campo de férias com o Duarte).

Gradualmente, o Duarte revelava uma maior disponibilidade para atividades que não incluíssem a bola, questionando inclusive a razão pela qual não realizávamos mais vezes tais atividades.

### **Relaxação**

Período comum a todos os momentos.

A relaxação era desenvolvida de uma forma lúdica. O Duarte apresentava grandes dificuldades em concentrar-se no seu corpo e não conseguia fechar os olhos. Rapidamente, a criança começava a oferecer alguma resistência às mobilizações passivas dos membros e movia subtilmente as extremidades. Havia uma grande dificuldade em aceitar a passividade do corpo. Frequentemente o Duarte referia que os

materiais utilizados faziam-lhe cócegas. Nestes momentos, era dada uma panóplia de escolhas à criança (os materiais, o tipo de toque – maior ou menor pressão, as partes do corpo que eram tocadas e o sentido do movimento). Uma vez que o Duarte oferecia alguma resistência a aceder a um estado de maior passividade, os movimentos de resistência que eram apresentados pela criança eram integrados na atividade (eg. caso o Duarte começasse a agarrar um material aquando a passagem do mesmo pelas mãos, era-lhe pedido que agarrasse o material com a maior força possível e posteriormente abandonasse o material). Na relaxação ambicionava-se diminuir a rigidez muscular, as paratonias e sincínésias e desenvolver a noção do corpo.

## 1.7. Avaliação Final

No presente tópico será exposto o processo de avaliação final, as suas condições, bem como os resultados alcançados.

### 1.7.1. Condições

As sessões de avaliação final decorreram nos dias 26 e 28 de junho, à tarde. A avaliação decorreu somente no ginásio. Tal ambiente é mais agradável para o Duarte, o que pode ter influenciado em parte a sua disposição para a realização das tarefas. A criança apresentou-se empenhada e colaborativa em ambas as sessões, tanto em tarefas mais dinâmicas, como naquelas que exigiam maior passividade.

Devido ao contexto não ser adequado e à rentabilização do tempo, não foi possível a realização da prova de velocidade-precisão, incluída na praxia fina – pelo que não serão tecidos comentários a respeito desse fator, de forma a não enviesar a interpretação dos dados.

### 1.7.2. Resultados

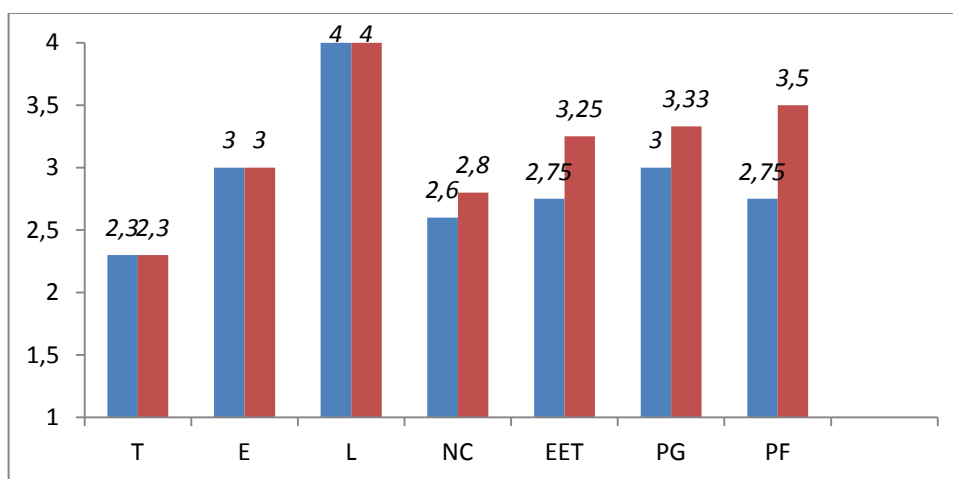


Gráfico 2 - Perfil Psicomotor da Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final

Tal como é possível verificar no Gráfico 2, a Tonicidade continua a ser o fator psicomotor, onde a criança revela mais dificuldades. Contudo, o processo de intervenção tem uma componente de avaliação contínua, onde é possível verificar algumas melhorias no acesso ao estado de passividade.

Quanto à equilibração, evidenciou-se novamente uma dificuldade do Duarte em manter-se de olhos fechados e no equilíbrio estático também verificaram-se algumas oscilações, sobretudo no apoio unipodal.

Relativamente à noção do corpo, a melhoria foi evidenciada sobretudo no desenho do corpo, um desenho mais rico, mais investido, com dimensões adequadas



relativamente aos limites da folha – o Duarte desenhó inclusive uma bola de futebol junto ao seu corpo, não tendo apresentado qualquer sinal de oposição à tarefa.

Quanto à estruturação espaço-temporal, a melhoria foi substancial e centrou-se na representação topográfica e na estruturação rítmica. O resultado obtido na representação topográfica era expectável, uma vez que em todas as sessões houve uma incidência neste subfator, nomeadamente no planeamento de tarefas. No que concerne à estruturação rítmica, o terapeuta procedeu à adaptação deste item, no sentido de simplificar os ritmos standardizados na BPM.

Na Praxia global, o Duarte obteve um melhor desempenho na prova de agilidade comparativamente à avaliação inicial, executando os movimentos de forma mais controlada e coordenada.

À parte destas observações, o terapeuta considera que pelo facto da BPM englobar apenas quatro níveis, algumas eventuais diferenças na realização das tarefas na avaliação inicial e final podem não ter sido expressas nos resultados. Por outro lado, o carácter qualitativo da BPM aliado à subjetividade inerente ao terapeuta, tornam difíceis a distinção clara da atribuição da cotação aos itens.

O observador considera ainda que a BPM pode não ter sensibilidade para avaliar aspetos cognitivos e afetivos, pelo que eventuais diferenças a estes níveis no processo de intervenção poderiam ter sido melhor avaliadas através de instrumentos mais adequados à avaliação desses domínios.

Considera-se ainda que a avaliação final possa ter sido enviesada, uma vez que a relação entre terapeuta e adolescente estava mais fortalecida e o melhor conhecimento do adolescente e uma consequente adaptação das tarefas de avaliação permitiram a obtenção de melhores resultados.

### **1.8. Dificuldades e Limitações**

A primeira dificuldade encontrada no caso do Duarte foi relativa à postura terapêutica a adotar perante um adolescente. O terapeuta teve de esperar por alguns sinais do Duarte para conseguir perceber que abordagem utilizar e que orientação seguir. Contudo, e dado o pensamento manifestamente concreto e o discurso desprovido de teor emocional, em detrimento de esperar por alguns sinais, o terapeuta procurou provocar uma resposta através da atividade do “átomo social”. Considera-se que a atividade, mesmo que aplicada de forma subtil, foi desajustada do contexto da intervenção psicomotora para o Duarte, o qual devido ao seu perfil de maturidade psicológica não beneficia (pelo menos nesta fase) de uma intervenção de carácter psicoterapêutico.

Outra das contrariedades prendeu-se com o facto do Duarte apresentar interesses bastante específicos e repetitivos, nomeadamente, por jogos com bola. Houve uma necessidade de repensar a postura terapêutica e de compreender como e quando é que se podem introduzir atividades mais estruturadas e com maior diretividade, sem apresentar sinais de autoritarismo e imposição. Por outro lado, há o risco de assumir uma postura excessivamente permissiva. A utilização dos interesses específicos foi útil para a criação de uma relação empática e as novas tarefas foram inseridas como variante das atividades sugeridas pelo adolescente.

Um dos desafios interpostos foi a compreensão do foco da intervenção em psicomotricidade numa equipa de pedopsiquiatria. A psicomotricidade é uma área em que se defende a visão holística do ser humano e em que se utilizam designações como “unidade psicocorporal” – Como segmentar os sinais psicopatológicos e dissociá-los de todas as outras características do indivíduo? Compreender os mecanismos subjacentes à manifestação de alguns sinais e sintomas tornou-se fundamental para compreender melhor o foco da intervenção. Tal questão tornou-se evidente neste caso, uma vez que o Duarte apresentava uma DID ligeira que afetava outras áreas, nomeadamente, as aprendizagens académicas.

## **2. Frederico**

### **2.1. Breve Descrição do Caso**

O Frederico é uma criança de 4 anos, franzino, de baixa estatura, inibido, de cara pálida e cabelos claros. Uma criança simpática e que estabelece facilmente uma ligação com o adulto.

O seu nascimento aconteceu às 36 semanas e ao longo do primeiro ano de vida, este foi sujeito a vários internamentos e cirurgias, devido a problemas nos rins. A criança foi medicada com oxibutinina apresentando uma reação adversa, pelo que o medicamento foi suspenso (cefaleias, manifestações cutâneas) – a oxibutinina tem como contraindicações ataques de pânico e alucinações.

O Frederico vive com os pais e com o irmão mais novo; não frequenta o pré-escolar e passa o dia com os pais (que trabalham por turnos) ou com a avó quando os pais estão a trabalhar. A criança lida melhor com crianças mais velhas e tem um grupo de amigos que vivem perto de casa com quem joga às escondidas ou ao futebol. Caso alguma criança lhe bata, este não reage. Quanto às atividades lúdicas, este joga consola, vê desenhos animados, brinca com carrinhos e castelos, brinca às compras e anda de bicicleta/ trotinete.

A criança dorme bem, contudo tem a necessidade de dormir com os pais; tem alguns sonhos bizarros (eg. um palhaço está na rua e mata uma criança que lhe dá com uma espada na *tola*) e apresenta, esporadicamente, episódios de encoprese. Esta é uma criança ansiosa, com episódios sugestivos de ataques de pânico, apresenta muitos medos (eg. medo do cinema), assusta-se facilmente com barulhos (aparente hipersensibilidade auditiva), assusta-se em ambientes com muitas pessoas e ruído e quando faz algo menos bem verbaliza *só faço asneiras* ou *sou burro*.

De acordo com a mãe, os sintomas tiveram um agravamento aquando do nascimento do irmão mais novo. Os pais adotaram uma atitude securizante, contudo têm evitado algumas situações, o que em parte pode contribuir para a perpetuação dos medos. O Frederico quando representa a família num desenho esquece-se do irmão e menciona que o mesmo ainda está na barriga da mãe.

Não parecem haver antecedentes psiquiátricos na família. O pai é um indivíduo calmo e muito reservado; e a mãe é simpática e apresenta uma relação adequada com a criança, embora manifeste alguma preocupação excessiva com a situação da criança. A mãe geralmente acompanha o Frederico nas idas às sessões.

A criança tem o diagnóstico de PAG.

### **2.2. Avaliação Inicial: Condições e Resultados**

A avaliação decorreu de uma forma informal. Tal decisão justificou-se sobretudo pela baixa idade da criança e pelo facto das situações de avaliação constituírem um motivo de ansiedade. Embora não tenha sido administrado nenhum instrumento em particular, alguns fatores da bateria foram observados. Seguidamente ir-se-á proceder a uma reflexão do comportamento da criança tendo em conta esses fatores.

O Frederico é uma criança com uma imagem cuidada. A sua idade aparente corresponde à real. A criança apresenta uma postura inibida e não revela iniciativa em explorar livremente os materiais, sendo a exploração dos materiais promovida através do terapeuta.

A criança desmotiva-se perante atividades que pensa não ser capaz de realizar, mesmo antes de tentar – recusa a realização de algumas tarefas ou pede a colaboração do psicomotricista. O Frederico gosta de jogos repetitivos e não parece dispersar a atenção para outros estímulos do espaço. A criança aceita o toque e o contacto físico do terapeuta e acede a um estado de mobilização passiva facilmente. Apresenta uma postura eutónica, embora às vezes pareça um pouco inibido. Quanto às tarefas de equilíbrio, a criança apresenta movimentos um pouco hesitantes, precisando do auxílio do terapeuta para a sua realização.

A criança tem algumas dificuldades de equilíbrio, contudo gosta de experimentar a instabilidade de algumas superfícies não regulares, com o auxílio e a garantia de segurança do terapeuta.

A lateralização encontra-se difusa. A criança apresenta uma preferência manual destra, contudo o mesmo não se verifica nos membros inferiores, uma vez que a criança avança frequentemente com a perna esquerda ao dar um primeiro passo.

Relativamente à noção do corpo, a criança apresenta alguma dificuldade no reconhecimento da esquerda e da direita e o seu desenho é imaturo, contudo essas imperfeições são adequadas à idade cronológica.

Quanto à praxia global, os movimentos da criança aparentam ser um pouco controlados. Realiza ainda tarefas que impliquem destreza manual de forma eficaz, contudo antes da realização diz não ser capaz.

### 2.3. Hipótese e Conceptualização do caso

O principal motivo de referenciação do Frederico para a psicomotricidade foram as queixas relativas à hipersensibilidade aos estímulos, nomeadamente, ao som e ao escuro. Como analisar esta problemática: origem neurológica ou uma situação de cariz psicoafectivo? Ou nenhuma das hipóteses deve ser descurada?

Como analisado anteriormente, a sensibilidade a estímulos sensoriais constitui um preditor de ansiedade (Liss et al., 2005; Liss et al., 2008). Devido ao sentimento de falta controlo que a sensibilidade à sensorialidade provoca, parece haver uma necessidade de adotar comportamentos ritualizados (Dar, Kahn & Carmeli, 2012). Poderão ser deduzidas dificuldades ao nível do sense of agency descrito por Gallagher e Vaeveer (2004)? Importante também realçar que a capacidade de identificar sentimentos em crianças hipersensíveis parece ser um fator protetor para o não desenvolvimento de sentimentos de ansiedade (Liss et al., 2008)

Por outro lado, o Frederico nos primeiros 6 meses de vida esteve internado no hospital e fez imensas cirurgias. Além disso, os sintomas de ansiedade agravaram-se após o nascimento do irmão. Corresponderá o medo do escuro e dos ruídos a um investimento excessivo nos estímulos sensoriais externos em detrimento de conflitos intrapsíquicos? Tal como Santos e Monteiro (2004) referem, na ansiedade ocorre um processo de transferência e deslocação, dado que as sensações desagradáveis experimentadas pelo corpo são transferidas para determinados estímulos.

Com o nascimento do irmão, a atenção que antes era disponibilizada para o Frederico passou a ser partilhada, o que pode ter originado um agravamento na manifestação da ansiedade – Constitui este mecanismo uma transferência adicional de ansiedade para os estímulos sensoriais? Alguma preocupação excessiva relativamente aos comportamentos do Frederico e os benefícios que podem daí advir (eg. maior atenção) podem também ter contribuído para uma perpetuação dos medos.

### 2.4. Planeamento da Intervenção

As sessões de psicomotricidade com o Frederico iniciaram-se em janeiro e terminaram em junho, totalizando 22 sessões, tal como é possível verificar na tabela 10

**Tabela 10- Calendarização das sessões do Frederico em função do mês**

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
11	6	6	1	6	3
23	13	11	8	13	14
30	20	25	15	20	17
	27		22		28
			29		

### 2.4.1. Modelo de Intervenção

O apoio terapêutico é individualizado e decorre no ginásio do hospital de dia. A terapia tem uma frequência semanal e as sessões têm a duração de 45 minutos.

As sessões têm um carácter predominantemente relacional, dadas as características da criança, e decorrem de uma forma natural e espontânea. O psicomotricista na intervenção tem essencialmente um papel de agente mediador entre a criança e o meio.

As sessões terão, numa fase inicial, um maior carácter diretivo, em que se pretende securizar a criança na sua relação com o espaço da sessão, com a exploração dos diferentes objetos do ginásio. Recorre-se assim ao desenvolvimento do jogo sensório-motor. Na intervenção pretende-se promover a capacidade de ação corporal e aumentar a autonomia no input e output. Assim, ambiciona-se aumentar o sentimento de agência enunciado por Gallagher & Vaever (2004), de que a criança inicia ou é fonte da ação, podendo assim regular também as consequências da ação.

Numa segunda fase, e após a criança sentir o espaço da sessão como um local securizador e em que pode exprimir os seus desejos, necessidades e angústias, pensa-se ser importante o desenvolvimento do jogo simbólico como forma da mesma organizar-se intrapsiquicamente - a identificação de sentimentos constitui um fator protetor contra a manifestação de ansiedade (Liss et al., 2008).

Os objetivos gerais da terapia assentam na redução da ansiedade da criança, na afirmação da sua identidade e na promoção da integração psicossomática.

## 2.5. Plano Terapêutico

Tabela 11 - Objetivos Específicos da Intervenção com o Frederico

Domínios de Intervenção		
Psicomotor	Cognitivo	Psicoafectivo
<ul style="list-style-type: none"><li>• Melhorar o esquema e imagem corporal;</li><li>• Promover a capacidade exploratória do corpo no espaço;</li><li>• Promover a capacidade de ação corporal para aumentar a autonomia no input e output (melhorar)</li><li>• Maximizar a capacidade expressiva e a atividade espontânea da criança;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fomentar a organização do pensamento e do discurso;</li><li>• Promover a capacidade de representação mental da ação;</li><li>• Aumentar a capacidade reflexiva;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar a autoestima, a segurança e o sentimento de competência;</li><li>• Promover a autonomia e capacitar para a tomada de decisão;</li><li>• Aumentar a tolerância face a situações de frustração;</li><li>• Estimular diferentes de comunicação e expressão;</li></ul>

## **2.6. Resultados do Processo de Intervenção<sup>4</sup>**

### **Momento 1 - Jogo concreto, necessidade de segurança e padrões**

Nas primeiras sessões as atividades foram centradas na exploração dos objetos da sala e o Frederico demonstrou alguma falta de iniciativa, sendo que as atividades tinham uma maior carácter diretivo. Os materiais mais utilizados eram os arcos, os tambores, as pandeiretas e um dado. O Frederico preferiu atividades estruturadas e sem uma grande carga simbólica. Tais sessões incidiram em atividades de discriminação auditiva, imitação de ritmos e a associação dos ritmos a movimentos.

A criança sempre que lhe era solicitado algo respondia: “Não sou capaz”, “Não sei fazer” ou então “Eu sou burro”. Houve assim uma grande necessidade de respeitar o ritmo da criança e de não confrontá-la com situações que pudessem induzir alguma frustração. Revelou-se fundamental a criação de um espaço securizante e para tal recorreu-se à familiarização com os objetos.

No decorrer das atividades era promovida a tomada de decisão e a valorização da opinião do Frederico – esta tomada de decisão era muito dirigida para uma resposta em concreto (eg. “Usamos o arco amarelo ou o arco vermelho?”, “Agora vamos saltar ao pé coxinho ou saltar com os dois pés juntos?”). Quando era solicitada uma tomada de decisão em que a resposta implicasse uma maior elaboração o Frederico solicitava que o terapeuta realizasse a tarefa. O Frederico mostra um interesse por números, mesmo ainda não tendo desenvolvido por completo a noção de número – a questões como “Quantos passos vamos dar?” ou outras que sugerissem um número, a resposta era sempre a mesma – o número 14. Tal padrão foi interpretado como uma necessidade de o Frederico ter segurança nas suas realizações.

Numa das atividades foi solicitado que a criança desenhasse o seu corpo e o da sua família. Curiosamente, a criança desenhou-se a si e aos seus pais, mencionando que o irmão ainda estava na barriga da mãe. O desenho faz referência a um período em que o Frederico tinha a atenção de toda a sua família focada em si e em que o tempo não era partilhado com mais ninguém. Importante realçar que no período em que se iniciaram as sessões o Frederico também tinha o irmão internado no HFF.

As atividades privilegiaram situações de promoção de segurança, o favorecimento do sentimento de competência e o aumento da autoestima. As tarefas progressivamente tiveram um carácter de maior colaboração entre criança e terapeuta, sendo a atividade espontânea valorizada.

### **Momento 2 - O início do jogo simbólico**

Outros materiais da sala começaram a ser explorados, nomeadamente, materiais relativos ao equilíbrio – balancé e prancha. A prancha é um material que possui uma plataforma com um labirinto e dois objetos de pequena dimensão (um rato e uma bola) e o objetivo do jogo consiste em bloquear a bola num espaço da plataforma e fazer com que o rato chegue até a bola – a atividade é realizada com os pés e implica um grande equilíbrio. A prancha foi explorada primeiro com a mão e só depois com os pés.

O jogo simbólico começou a ser explorado através deste jogo de uma forma espontânea. O jogo foi recriado no espaço da sessão – cada um dos intervenientes manipulava um dos objetos (rato ou o queijo) e realizava-se uma atividade de fuga e de captura. O jogo não se centrou tanto na necessidade de fuga e na captura dos objetos, mas mais na criação de uma narrativa – os atos de cada um dos intervenientes eram antecidos pelas instruções da criança, elaborando-se assim uma narrativa. Procedeu-se também à inversão de papéis.

---

<sup>4</sup> Um Relatório de Sessão do Frederico pode ser consultado no Anexo IV

Posteriormente, procedeu-se ao esconder dos objetos. A criança antes de esconder os objetos revelava antes da ação onde é que o iria fazer ou então escondia nos mesmos lugares que o terapeuta tinha feito. A necessidade de sentir segurança nos jogos e a recusa de momentos de imprevisibilidade eram expressos pela realização da narrativa do jogo e descrição das ações antes da sua dramatização.

Tornava-se evidente a necessidade de fuga do objeto, mas também do objeto ser encontrado. De seguida, a criança e o terapeuta realizaram o mesmo jogo, mas desta vez sem objetos e o objetivo era esconder os corpos num espaço da sala – o jogo desenrolou-se de forma semelhante ao jogo de esconder objetos – a criança ou se escondia em lugares que o terapeuta se tinha escondido ou mencionava onde se ia esconder antes de proceder à sua realização. O esconder estava associado a um sentimento de conforto, aconchego e contenção e aquando do encontro da criança eram aplicadas algumas técnicas de consciencialização corporal. Estes jogos eram vividos prazerosamente pela criança. Na sequência destes jogos, cobriu-se a criança com um paraquedas colorido que foi denominado de manto da invisibilidade – um manto no qual a criança se envolvia e não conseguia ser vista por ninguém.

A criança sugeriu a criação de um parque de diversões. As diversões do parque assentavam em materiais que proporcionassem alguma instabilidade à criança (colchões sobrepostos) e em que a criança pudesse experimentar algum risco e situações de imprevisibilidade. A atividade era intercalada com momentos de contenção que eram bem vividos.

### **Momento 3 - O menino do mar e o menino da floresta (Jogos em que a criança assumia uma postura frágil)**

A criança espontaneamente começou a explorar cada vez mais o jogo simbólico e trouxe para o espaço da sessão o jogo do menino do mar. O Frederico era o menino do mar que vivia com os pais e com as duas irmãs (a Matilde e a Madalena) e o terapeuta assumia o papel de pescador. O menino do mar era uma criança frágil e o pescador era um indivíduo que tinha como objetivo capturar o menino.

O mar, casa do menino, era representado sempre no mesmo local, o local onde os colchões estavam arrumados. A casa estava bem estruturada, havendo uma porta de entrada e uma porta de saída. O pescador só poderia capturar o menino pela porta de saída. Apesar das mais variadas artimanhas do pescador (eg. o pescador mascarou-se de golfinho), o menino era sempre bastante cauteloso não possibilitando a sua captura. O menino do mar era bastante protetor com as irmãs e estabelecia diálogos com elas no sentido delas se esconderem.

O jogo realizava-se de sessão para sessão no mesmo local e havia uma recusa do Frederico em querer construir a casa do mar noutro espaço. O terapeuta com vista a desmistificar alguns padrões, antes do início das sessões, colocou os colchões noutro espaço, de forma a construir as casas noutro local. As tarefas de construção eram sempre delegadas para o terapeuta e quando o psicomotricista solicitava a colaboração do Frederico, este não acedia. A criança explorava o skate enquanto o terapeuta construía as casas.

Entretanto o pescador morreu e no terapeuta foi projetada a imagem de um primo do menino do mar, um primo que colaborava nas mais diversas atividades que o Frederico fazia e que lhe prestava apoio sempre que necessário. O Frederico encarnou outras personagens, nomeadamente um menino que estava perdido e que tinha sido abandonado pelos pais – a criança evidenciava uma grande necessidade de conforto e de contenção. Nestes jogos havia sempre uma criança frágil e que necessitava proteção.

Após cada sessão e no início da seguinte, as narrativas eram sempre revistas através dos mais variados meios de expressão (gestual, verbal, desenho). A revisão da história para além de ser um aspeto organizador do pensamento, possuía também uma função de aumentar a autoestima da criança através do sentimento de criação.

#### **Momento 4 - O Jogo da Galinha**

A criança embora não tenha vivido a troca de papéis entre o menino do mar e o pescador, assumiu um papel menos frágil no jogo da galinha.

Neste jogo a criança possuía dois filhos, representados por uma bola vermelha e por uma bola azul. O galo azul foi abandonado por ser gordo. Num dia de tempestade e estando este à beira de um precipício, começou a chorar e a solicitar a ajuda da mãe. A mãe socorreu o galo e reconfortou-o.

Tornava-se cada vez mais evidente a falta de atenção que o Frederico sentia, após o nascimento do irmão e o espaço da sessão permitia que a criança, através do jogo simbólico, expusesse os seus conflitos intrapsíquicos.

#### **Momento 5 - Jogos menos fantasiosos e verbalização de conflitos**

Gradualmente, o jogo simbólico tinha cada vez menos uma componente fabulista. Os jogos incidiam sobretudo na representação de super-heróis, que tinham a necessidade de serem venerados pelos outros. O terapeuta e a criança assumiam o papel de cúmplices nesta representação. A criança também introduziu jogos com um túnel e o skate. O Frederico solicitava que o túnel ficasse escuro e o terapeuta acedia ao pedido. Criava-se um ambiente de contenção e procedia-se também à envolvência do Frederico com folhas de alumínio.

As sessões eram sempre prazerosamente vividas pela criança. Um dia, o terapeuta quando foi à sala de espera buscar o Frederico para iniciar a sessão foi confrontado com uma birra da criança e algum desagrado “Porque é que já chegaste?”. A criança no diálogo final, quando questionada subtilmente sobre o assunto respondeu que “Queria ter ficado mais tempo com a mãe”. Denotou-se a importância daquele momento dedicado apenas ao Frederico e em que ele não estava acompanhado pelo irmão, estando a atenção centrada nele.

#### **Relaxação**

A relaxação foi um momento transversal em todas as sessões, e geralmente, ocorriam no final e como atividade integrada no jogo simbólico. As técnicas de relaxação utilizadas eram de mobilização passiva – a criança apresentava facilidade em aceder a um estado de mobilização passiva e as atividades eram vividas com grande satisfação.

Gradualmente, foram introduzidas técnicas que requeressem uma maior atividade do corpo e a regulação do tônus de ação.

#### **2.7. Dificuldades e Limitações**

As maiores dificuldades no caso do Frederico estavam relacionadas com as incertezas na etiologia da problemática. Tal dificuldade implicou considerar várias hipóteses de forma a definir objetivos e orientar as sessões. A intervenção foi refinada com o decorrer do tempo e através da análise e interpretação de comportamentos (eg. padrões de comportamento e necessidade de antecipação de narrativas ou tarefas antes de proceder à execução).

Outro dos desafios prendeu-se com a necessidade de apoiar e colaborar o Frederico nas atividades que este não considerava ser capaz de executar sozinho (de forma a evitar sentimentos de baixa autoestima) e concomitantemente dar-lhe espaço para que este pudesse assimilar o sentimento de realização e competência.

Na intervenção com o Frederico, o terapeuta teve a necessidade de apurar qualidades como o brincar e a criatividade, características essas que surgem na maioria das vezes espontaneamente nas crianças e que permitem ao terapeuta perceber o significado escondido por detrás das vivências psicocorporais e das narrativas contadas pelas crianças.

As sessões de intervenção, ao se fundamentarem num modelo de maior incidência relacional, permitiram uma maior liberdade de ação por parte da criança. Assim, o psicomotricista adotou uma postura de escuta permanente e de maior perspicácia e sensibilidade perante o comportamento da criança, de forma a estruturar rapidamente o pensamento e a ação terapêutica. O aperfeiçoamento da intuição na leitura da ação constituiu um desafio.

Além disso, o estagiário nas suas sessões optou por não utilizar a palavra “não” perante um comportamento menos desejado por parte da criança – a negação ou recriminação de um comportamento indesejado acaba por ser uma resposta fácil em terapia, por outro lado, culturalmente, esta resposta está tão intrínseca nas vivências do quotidiano e surge quase como um automatismo. O terapeuta teve, deste modo, de regular os automatismos e desenvolver respostas mais criativas como alternativa, de forma a fornecer a resposta mais adequada. Importante realçar que o importante não é reprimir um comportamento, mas fornecer alternativas, dado que estas são orientadoras da ação.



## PARTE IV - Atividades Complementares de Formação

### 1. Sessões Clínicas

Nas sessões clínicas do serviço de psiquiatria são apresentadas temáticas relevantes para a prática em saúde mental, assim como casos clínicos (Ver no Anexo V as temáticas das Sessões Clínicas). As sessões decorrem às quartas-feiras na presença de todos os técnicos do serviço de psiquiatria. As reuniões para além da componente formativa, permitem conhecer e valorizar o trabalho desenvolvido pelos diferentes técnicos inseridos no serviço de psiquiatria.

As sessões incluem um momento de discussão. Os debates são de uma extrema riqueza, uma orquestra de opiniões – opiniões inteligentes, algumas controversas ou acutilantes, outras em jeito mais humorístico – verdadeiros atos de pensamento, que aliavam a ciência e a experiência.

O estagiário apresentou em conjunto com a orientadora académica e local a sessão do dia 3 de abril sob o tema *Fatores Preditores na Infância e Adolescência da Esquizofrenia no Adulto: Os Sinais do Corpo* (Ver no Anexo VI a apresentação). A apresentação incidiu na apresentação de estudos prospetivos e retrospectivos dos antecedentes da esquizofrenia, tendo sido identificados alguns padrões como uma maior frequência de problemas de comportamento na infância nos adultos com esquizofrenia. Procedeu-se à exploração do conceito *soft signs* que se refere a marcadores de vulnerabilidade e que indicam o risco para o desenvolvimento de uma determinada perturbação. Os *soft signs* mais referidos na literatura são a descoordenação motora. Após esta exposição foram apresentadas as avaliações utilizadas para avaliar sinais motores, nomeadamente, a BPM e a Brief Motor Scale.

### 2. Reuniões de equipa

As reuniões de equipa têm lugar todas as quartas-feiras, após a sessão clínica, estando presentes os membros da equipa. Estas têm uma dinâmica multidisciplinar e a sua finalidade consiste na referenciação de novos casos para a psicologia ou psicomotricidade, a discussão de casos, a exposição de informações relativas às intervenções e de dúvidas.

O estagiário teve a possibilidade de aprender mais sobre a intervenção numa abordagem multidisciplinar, conhecer melhor o âmbito de cada uma das terapias oferecidas pela equipa e aprender com pessoas com uma maior experiência e com uma formação distinta. O ambiente da equipa de pedopsiquiatria é bastante familiar, o que facilitou deveras a integração na mesma. Por outro lado, nas reuniões o estagiário deparou-se ainda com a escassez de recursos, que por vezes impossibilitam um melhor acompanhamento às crianças.

Os pedopsiquiatras da equipa, aquando o momento da referenciação, geralmente, não referiam o diagnóstico da criança e enquadravam os sinais e sintomas tendo em conta o indivíduo. A tal atitude parece estar subjacente uma visão de que os diagnósticos são abstrações e que embora permitam alguma orientação, na prática clínica não são muito relevantes.

### 3. Reuniões de Estágio

As reuniões de estágio decorreram ao longo de todo o ano. A primeira reunião teve lugar no dia 11 de outubro na Faculdade de Motricidade Humana, sendo que o estagiário ficou elucidado sobre a composição e funcionamento da equipa, o contexto de intervenção, a população atendida, os modelos de intervenção e a estrutura das sessões.

As reuniões decorreram tanto de um modo formal como informal. Estas tiveram um contributo essencial na adequação da teoria à prática clínica e na aquisição de uma visão menos dicotómica e mais integradora sobre algumas correntes teóricas em saúde

mental infantil; tais momentos foram fundamentais para repensar a intervenção, interpretar alguns comportamentos e adequar a postura terapêutica em função da criança. Estes foram momentos de profunda reflexão e aprendizagem que colaboraram na estruturação do pensamento e na antecipação dos comportamentos que as crianças poderiam apresentar e na forma como atuar perante tais dificuldades.

#### **4. 5.º Simpósio de Psiquiatria**

O 5.º Simpósio de Psiquiatria do HFF decorreu nos dias 1 e 2 de Março de 2013, no Hotel Villa Rica em Lisboa, sob o tema Afetos, Emoções e Cognições (Ver no Anexo VII o programa do Simpósio). O simpósio tinha como objetivo a partilha de ideias e a atualização de conhecimentos.

A Diretora do Serviço na sessão de abertura explicou a semântica da palavra simpósio aludindo à antiguidade clássica: uma palavra que remete para um grande banquete onde eram discutidos alguns temas. O simpósio assentou também nessa partilha, sendo que após cada conferência os presentes tinham a oportunidade de manifestar a sua opinião sobre os temas em causa e colocar questões aos oradores.

As conferências provieram das mais diversas áreas, havendo inclusive exposições de filosofia e das expressões artísticas.

#### **5. Valuing Baby and Family Passion – Towards a Science of Happiness**

O ciclo de conferências Valuing Baby and Family Passion – Towards a Science of Happiness decorreu durante os dias 7 e 8 de Maio na Fundação Calouste Gulbenkian. A conferência foi realizada em parceria com a Fundação Brazelton/ Gomes Pedro para as ciências do bebé e da família (Ver no Anexo VIII o programa da conferência).

As conferências contaram com a presença do Dr. Berry Brazelton e focaram-se no modelo Touchpoints, que são definidos como períodos críticos em que se manifestam algumas regressões por parte do bebé de competências já adquiridas, regressões que se justificam pelo facto de o bebé iniciar a aprendizagem de outras competências – esta fase é sobretudo uma janela de oportunidades.

#### **6. Reunião do Manuel**

O presente tópico terá uma abordagem mais desenvolvida, uma vez que esta reunião consegue assimilar uma série de reflexões que o estagiário realizou ao longo deste período de aprendizagem.

No dia 12 de junho decorreu uma reunião num dos gabinetes da pedopsiquiatria do HFF com os demais técnicos que acompanham o Manuel e a sua família no hospital e na comunidade (Consultar a descrição do Manuel na Parte II).

Na reunião participaram três assistentes sociais que articulam o seu trabalho com a família na comunidade; uma assistente social do Serviço de Psiquiatria do HFF que segue a mãe; as professoras de ensino primário e do ensino especial; uma psicóloga que desenvolve terapia com o Manuel e a pedopsiquiatra da equipa.

A reunião surgiu por causa do agravamento do comportamento do Manuel e dos fatores psicossociais que comprometem o seu desenvolvimento global. Cada um dos intervenientes apresentou a sua visão e fez uma apreciação relativamente ao caso.

A mãe do Manuel apresenta uma psicopatologia, razão pela qual é acompanhada no Serviço de Psiquiatria do HFF – esta mãe cresceu numa família que valorizava muito a competência académica e, mesmo já apresentando alguns défices, foram-lhe transmitidas aprendizagens e métodos de ensino muito rígidos e autoritários. Esta mãe utiliza o filho como um instrumento para privilegiar a sua competência e ao referir-se à sua irmã, que tem estudos superiores, menciona *ela tem um curso superior, mas eu*

*tenho um filho*. Instaurou-se uma rivalidade no seio da família materna, não só com a irmã, como também com a avó.

O estilo de relação fusional é indispensável para que esta mãe se sinta competente e o pai, uma pessoa passiva, compactua com este funcionamento familiar (e.g. a mãe pede ao pai para sair de casa, quando dá banho ao filho).

A família tem acesso a diversas redes de suporte social, contudo não aceita tal colaboração. A mãe está desempregada e tem imenso tempo livre e também não autoriza que o Manuel frequente ateliers ou locais em que esteja demasiado tempo distante dela.

Na reunião, depois de discutido o caso, foram procuradas algumas soluções, nomeadamente a sinalização da criança pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. A reunião foi relevante para todos os presentes, tendo sido destacada a vontade que os técnicos tinham de falar uns com os outros, de trocar impressões e de desenvolverem um trabalho de maior colaboratividade.

A reunião fez o estagiário refletir sobre o facto das demais intervenções realizadas pelos serviços sociais, jurídicos, educacionais e hospitalares serem por vezes segmentadas e ser necessária uma maior comunicação e colaboração entre todos os técnicos que intervêm com um caso em específico, de forma a encontrar soluções e definir o melhor projeto para a criança e para a família, sem que as intervenções sejam sobrepostas ou incidam em objetivos completamente diferentes.

Destaca-se também a necessidade de haver uma maior colaboração entre as equipas de psiquiatria de adultos e as equipas de pedopsiquiatria, uma vez que na maioria dos casos, as crianças para além de possuírem um potencial genético para o desenvolvimento de uma problemática, estão expostas a fatores de risco psicossocial.

Por fim, a reunião foi fundamental para compreender que em muitos adultos existe uma criança fragilizada. Que futuro terão as crianças fragilizadas de hoje sem uma intervenção adequada?

## **Conclusão e Reflexão Crítica**

O estágio académico revela-se de maior importância como um período de transição entre o meio académico e o profissional. Tal período corresponde a um momento de assimilação de todos os conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica, conhecimentos esses que por vezes estão demasiado segmentados, cabendo ao aluno a adequação e a integração desses saberes na prática.

O RACP pode ser entendido como uma experiência de aprendizagem, contudo importa realçar que o método de aprendizagem por tentativa e erro deve ser minimizado, uma vez que estamos a intervir com populações demasiado fragilizadas e que procuram nos demais técnicos uma solução para os problemas. Cabe também ao técnico reconhecer as suas limitações, bem como os limites da própria intervenção.

O estagiário, após uma formação extensiva e a aquisição dos conhecimentos mais recentes produzidos em meio académico, sai da faculdade com novas ideias, novos projetos e talvez algumas ideias utópicas. Projetos inovadores (eg. desenvolvimento de programas de formação parental, maior articulação com as estruturas da comunidade) que por vezes não têm lugar na realidade, devido a dificuldades logísticas (eg. falta de recursos humanos e materiais).

Quanto à intervenção da equipa de pedopsiquiatria, creio que, apesar da eficácia das intervenções, o atual modelo ainda está demasiado centrado na criança e por vezes esquecemo-nos de intervir também nos contextos onde a criança passa parte significativa do seu tempo – uma intervenção que englobe um maior número de contextos e que consequentemente obtenha uma maior eficácia. Uma maior articulação entre serviços de saúde, educativos, jurídicos, recreativos e demais serviços na comunidade torna-se preponderante para alcançar maiores benefícios. É de salientar também que, apesar das leis nacionais e internacionais referirem a promoção da saúde como alicerce fundamental em saúde mental, as intervenções encontram-se todas muito centradas em períodos patogénicos e no ataque à doença.

O estágio obrigou-me a olhar para cada uma das crianças na sua individualidade. Ao estudar a semiologia e nosologia das perturbações da infância e adolescência desenvolvem-se alguns pré-conceitos – corre-se o risco de pensar que o indivíduo não tem uma perturbação, mas é uma perturbação; o risco de olhar para o ser de uma forma estereotipada; corre-se o risco de pensar que as perturbações em comorbilidade são apenas uma adição de sinais e sintomas a um diagnóstico principal e que toda essa série de sinais e sintomas constitui o Eu. O estágio permitiu então olhar para as crianças, para além de qualquer quadro psicopatológico, e mesmo ao olhar para os sinais e sintomas associados a um mesmo quadro psicopatológico verifiquei que estes se manifestavam de forma tão diferente de caso para caso, o que induziu em mim a necessidade de enquadrar os sinais e sintomas no indivíduo e tendo sempre em conta todas as outras componentes da personalidade. Para além disso, imperou também a necessidade de abandonar o sintoma e o sinal e olhar para o significado dos mesmos, que por vezes estão escondidos por detrás de uma pequena história contada pela criança.

Considero ainda interessante aperceber-me da adaptação de um modelo psicossomático na realidade hospitalar. O V Simpósio de Psiquiatria do Hospital HFF foi fundamental para a formação dessa ideia. O estagiário recorda-se de um orador questionar “Quais são as doenças que não são psicossomáticas?” ou ainda de um interveniente num debate, ao utilizar algumas palavras duras, referir que os psiquiatras eram “castrados”, uma vez que apenas olhavam para o indivíduo das sobranceiras para cima, ignorando todo o resto. Revela-se assim a necessidade de promover as terapias de mediação corporal, em que o indivíduo é pensado na sua globalidade – terapias em que não são cultivadas um corpo sem mente ou uma mente sem corpo.

A psicomotricidade enquanto área que envolve vários saberes e correntes por vezes antagónicas – psicologia, neurologia, psicanálise, filosofia – implica uma busca dos conhecimentos passados e uma reatualização de todos os saberes produzidos no

momento. A assimilação de antigos e novos conhecimentos permitiu-me definir a minha identidade enquanto psicomotricista. As experiências mais marcantes que contribuíram para tal foram o contacto com as crianças e a análise da forma como as questões de foro emocional e afetivo interferem no desenvolvimento psicomotor e os profundos momentos de reflexão em conjunto com a orientadora que me permitiram estruturar o pensamento relativamente a cada caso e assim melhor interpretar as potencialidades e dificuldades de cada um e orientar a ação terapêutica tendo em conta esses aspetos.

Considero interessante reparar que a eficácia das terapias por vezes está também associada a elementos exteriores à própria estrutura e dinâmica da sessão, nomeadamente, ao facto da criança ter um momento em que alguém disponibiliza a sua total atenção para a mesma e também os pequenos momentos de espera que as crianças passam na sala de espera com os pais, em que há a oportunidade para trocas de afetos.

Em jeito de conclusão, este ano apercebi-me do grande desafio que é intervir em saúde mental infantil. Descobri que toda a ciência humana é baseada na subjetividade do ser humano e que não podemos inverter o processo e aplicar um mesmo tratamento ou um programa rígido a cada um dos casos negando a individualidade do ser. A busca de um antídoto que neutralize as dificuldades e potencialize as qualidades é feita em comunhão com a criança, através de uma atitude de escuta permanente – tal construção é pautada por grandes momentos de reflexão, incerteza e mudança de rumo caso seja necessário.

## Bibliografia

Albaret, J. (2001). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale: Pédopsychiatrie*, 37-201-F-210.

APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Aucouturier, B. (2005). *La méthode Aucouturier: Fantômes d'action et pratique psychomotrice*: De Boeck.

Ballouard, C. (2008). *L'Aide-mémoire de psychomotricité*. Paris: Dunod.

Barkley, R. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.

Baxter, J., & Rattan, G. (2004). Attention Deficit Disorder and The Internalizing Dimension in Males, Ages 9-0 Trough 11-11. *International Journal of Neuroscience*, 114, 817–832.

Belfer, M. (2008). La santé mentale globale de l'enfant : répondre aux besoins présents et futurs. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 273–277.

Berger, M. (2001). *A criança instável*. Lisboa: Climepsi.

Berger, M., & Bonneville, E. (2009). L'enfant très violent. *Archives de pédiatrie*, 16, 191-195.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. (1998). Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "True" depression or demoralization? *Journal of Affective Disorders*, 47, 113-122.

Bilgiç, A., Turkoglu, S., Ozcan, O., Tufan, A. E., Yilmaz, S., & Yuksel, T. (2013). Relationship between anxiety, anxiety sensitivity and conduct disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 523–532.

Bøe, T., Hysing, M., Stormark, K., Lundervold, A., & Sivertsen, B. (2012). Sleep problems as a mediator of the association between parental education levels, perceived family economy and poor mental health in children. *Journal of Psychosomatic Research* 73(6).

Boscaini, F. (2004). Especialidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A psicomotricidade*, 3, 53-65.

Boutinaud, J., Rodriguez, M., Moyano, O., & Joly, F. (2013). Les thérapies psychomotrices aujourd'hui : perspective dialectique et approche intégrative. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61, 250-258.

Burns, G., & Walsh, J. (2002). The Influence of ADHD–Hyperactivity/Impulsivity Symptoms on the Development of Oppositional Defiant Disorder Symptoms in a 2-Year Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(3), 245-256.

Cavanna, A., & Rickards, H. (2013). The psychopathological spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37, 1008–1015.

Chan, K., & Gottesman, I. (2008). Neurological soft signs as candidate endophenotypes for schizophrenia: a shooting star or a Northern star? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32, 957-971.

Choe, D., Sameroff, A., & McDonough, S. (2013). Infant functional regulatory problems and gender moderate bidirectional effects between externalizing behavior and maternal depressive symptoms. *Infant Behavior & Development*, 36(3), 307-318.

Claudon, P. (2001). Instabilité psychomotrice infantile et pathologie du lien. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49, 200-210.

Claudon, P. (2003). La représentation de Soi chez l'enfant instable: Étude clinique projective. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 411-417.

CNSM, & ACSS. (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Documento Técnico de Suporte*. Retrieved. from <http://goo.gl/8WGE5W>.

CNSM. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007—2016: Resumo Executivo*. Retrieved. from <http://goo.gl/8PGftE>.

Committee of School Health. (2004). School-Based Mental Health Services. *Pediatrics*, 113(6), 1839-1845.

Corraze, J. (2010). Psychomotricité : Histoire et validation d'un concept. . In C. M. Abi-Zeid & J. Albaret (Eds.), *Regards sur la psychomotricité libanaise (2000-2010) : de la théorie à l'examen psychomoteur* (pp. 11-28). Beyrouth: Université Saint-Joseph.

Courberand, D. (1996). Une approche psychodynamique de l'examen psychomoteur chez l'enfant. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 107, 6-19.

Courtois, R., Champion, M., Lamy, C., & Bréchon, G. (2007). Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 420-427.

Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: A Construção do Cérebro Consciente*: Círculo de Leitores.

Dar, Kahn, D., & Carmeli, R. (2012). The relationship between sensory processing, childhood rituals and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 679-684.

Decreto Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro. Diário da República n.º30/99 - Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei nº 304/2009 de 22 de Outubro. Diário da República nº 205/2009 - I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Delvenne, V. (2013). L'enfant agité : par delà les hypothèses étiopathogéniques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61, 137-139.

Descartes, R. (1976). *Discurso do Método. As Paixões da Alma*. Lisboa: Sá da Costa.

EC. (2005). *Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Retrieved from <http://goo.gl/Lkgpx1>.

EC. (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*. Retrieved from <http://goo.gl/ZPSCTi>.

Educateam. (2009). *Le Dossier Pédagogique Magritte*.

Elgar, F., Craig, W., & Trites, S. (2013). Family Dinners, Communication, and Mental Health in Canadian Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52 433-438.

Encarnação, R., Moura, M., Gomes, F., & Silva, P. (2011). Caracterização dos casos observados numa equipa de psiquiatria da infância e adolescência: Um estudo retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 925-934.

Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 42-52.

Foucault, M. (1954). *Maladie mentale et personnalité*. Paris: Presses Universitaires de France.

Franklin, C., Kim, J., Ryan, T., Kelly, M., & Montgomery, K. (2012). Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 973–982.

Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evidence-Based Child Health*, 2, 318–692.

Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Oxford University Press.

Gallagher, S., & Cole, J. (1995). Body Schema and Body Image in a Deafferented Subject. *Journal of Mind and Behavior*, 16, 369-390.

Gallagher, S., & Vaeveer, M. (2004). Body: Disorders of Embodiment. In J. Radden (Ed.), *The Philosophy of Psychiatry: A companion* (pp. 118-132). Oxford: Oxford University Press.



Hammerness, P., Geller, D., Petty, C., Lamb, A., Bristol, E., & Biederman, J. (2010). Does ADHD moderate the manifestation of anxiety disorders in children? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 107–112.

Heaven, P. C. L., Ciarrochi, J., & Hurrell, K. (2010). The distinctiveness and utility of a brief measure of alexithymia for adolescents. *Personality and Individual Differences*, 49, 222–227.

Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M.-L., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 263-268.

Hussey, D., & Guo, S. (2003). Measuring behavior change in young children receiving intensive school-based mental health services. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 629-639.

Joly, F. (2009). De la faillite des liens. . . au travail de relation. Approche psychopathologique et thérapeutique du jeune enfant hyperactif. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 468–481.

Joly, F. (2010). TIC, TAC, TOC, TED et THADA: la fonction et le fonctionnement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 379–390.

Joukamaa, M., Taanila, A., Jouko Miettunen, Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijol, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 373– 376.

Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K.-M., Liuksila, P.-R., Joukamaa, M., et al. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents☆. *Journal of Affective Disorders*, 125, 383-387.

Kendall, P., & Pimentel, S. (2003). On the physiological symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder (GAD). *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 211-221.

Lebowitz, E., Motlagh, M., Katsoyich, L., King, R., Lombroso, P., Grantz, H., et al. (2012). Tourette syndrome in youth with and without obsessive compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry* 21, 451–457.

Lee, S., Falk, A., & Aguirre, V. (2012). Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, 197, 90-96.

Lei n.º 2118 de 3 de Abril de 1963. Diário da República, n.º79/63 – I Série. Presidência da República. Lisboa.

Lin, Y.-J., Lai, M.-C., & Gau, S. (2012). Youths with ADHD with and without tic disorders: Comorbid psychopathology, executive function and social adjustment. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 951-963.

Liss, M., Mailloux, J., & Erchull, M. (2008). The relationships between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 45, 255–259.

Liss, M., Timmel, L., Baxley, K., & Killingsworth, P. (2005). Sensory processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1429–1439.

Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade: As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH

McQuade, J., Hoza, B., Waschbusch, D., Murray-Close, D., & Owens, J. (2011). Changes in Self-Perceptions in Children With ADHD: A Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Attributional Style. *Behavior Therapy*, 42, 170-182.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Éditions Gallimard.

Merry, S., Hetrick, S., Cox, G., Brudevold-Iversen, T., Bir, J., & McDowell, H. (2012). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health* 7(5), 1409–1685.

Mrazek, P., & Haggerty, R. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T., Coutinho, A., Mota-Vieira, L., et al. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 726-733.

Pierre, J. (2012). Mental Illness and Mental Health: Is the Glass Half Empty or Half Full? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(11), 651-658.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº 06/DSPSM. 2005-06-05. Organização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência.

Raynaud, P., Danner, C., & Inigo, P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents : indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 113-119.

Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, 40, 123-133.

Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 114-119.

Roessner, V., Becker, A., Banaschewski, T., Freeman, R. D., & Rothenberger, A. (2007). Developmental psychopathology of children and adolescents with Tourette Syndrome – impact of ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 24-35.

Sacks, O. (1990). *O Homem que Confundiu a Mulher com um Chapéu: Relógio D'Água*.

Santos, J. (2013). *Prevenir a Doença e Promover a Saúde: Coisas de Ler*.

Santos, J., & Montero, J. (2004). *Se não sabe porque é que pergunta?* Lisboa: Assírio & Alvim.

Skirbekk, B., Hansen, B., Oerbeck, B., Wentzel-Larsen, T., & Kristensen, H. (2012). Motor impairment in children with anxiety disorders. *Psychiatry Research* 198(1), 135–139.

Spittle, A., Anderson, P., Lee, K., Ferretti, C., Eeles, A., Orton, J., et al. (2010). Preventive Care at Home for Very Preterm Infants Improves Infant and Caregiver Outcomes at 2 Years. *Pediatrics*, 126(1).

Splett, J., Fowler, J., Weist, M., McHenrique, H., & Dvorsky, M. (2013). The critical role of school psychology in the school psychology in the school mental health movement. *Psychology in the Schools*, 50(3), 245-258.

Steinberg, T., Shmuel-Baruch, S., Horesh, N., & Apter, A. (2013). Life events and Tourette syndrome. *Comprehensive Psychiatry* 54, 467–473.

Takeda, T., Ambrosini, P., deBerardinis, R., & Elia, J. (2012). What can ADHD without comorbidity teach us about comorbidity? *Research in Developmental Disabilities*, 33(1), 419-425.

Tavares, G. (2008). Reflexão sobre os conceitos de saúde e doença. In D. Rodrigues (Ed.), *Os valores e as atividades corporais* (pp. 75-94). São Paulo: Summus.

Thiebo, B. (2008). Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 148-151.

Vloet, T., Konrad, K., Herpertz-Dahlmann, B., Polier, G., & Günther, T. (2010). Impact of anxiety disorders on attentional functions in children with ADHD. *Journal of Affective Disorders*, 124, 283-290.

Wagman, M. (1998). *Cognitive Science and the Mind-Body Problem: From Philosophy to Psychology to Artificial Intelligence to Imaging of the Brain*. New York: Praeger.

WHO. (2001). *The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope*.

WHO. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*.

WHO. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*.

Worbe, Y., Mallet, L., Golmard, J.-L., Béhar, C., Durif, F., Jalenques, I., et al. (2010). Repetitive Behaviours in Patients with Gilles de la Tourette Syndrome: Tics, Compulsions, or Both? *PLoS ONE*, 5(9), 1-6.

# ANEXOS

**ANEXO I –  
Instrumentos de  
Avaliação de  
Competências  
Motoras e relação  
com Fatores  
Psicomotores**

<b>Noção do Corpo</b>
<b>Body Skills (2 – 12 anos)</b>
Conhecimento do Corpo

<b>Tonicidade</b>
<b>Body Skills (2 – 12 anos)</b>
Flexibilidade Braço/ Ombro Flexibilidade do Tronco Flexibilidade da Perna/ Anca Desenvolvimento Aeróbio (Teste de Copper) Abdominais Força do Braço/ Ombro (Flexões)

<b>Motricidade Fina</b>			
<b>ABC</b>			
4,5 e 6 anos	7 e 8 anos	9 e 10 anos	11 e 12 anos
Colocar as Moedas Enfiar os Cubos Percurso da Bicicleta	Virar os Pinos Colocar o Fio Percurso da Flor	Colocar os Pinos por filas Enroscar as porcas nos parafusos Percurso da Flor	Virar os pinos Cortagem do elefante Percurso da flor
<b>Body Skills (2 – 12 anos)</b>			
Controlo de Pequenos Objetos “Preensão Fina” Força da Mão			
<b>Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (4 – 21 anos)</b>			
Velocidade de Reação Controlo Visuo-Motor (Desenhar uma linha através de um labirinto reto; desenhar um círculo; copiar figuras sobrepostas) Velocidade dos Membros Superiores e Destreza (Distribuir cartas; Fazer pontos em círculos)			

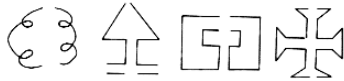
Praxia Global			
ABC			
4,5 e 6 anos	7 e 8 anos	9 e 10 anos	11 e 12 anos
Apanhar o Saco de Feijões Rolar a bola entre as pranchas	Bater com a bola no chão e agarrá-la Lançamento do saco de feijões para dentro da caixa	Agarrar a bola com as duas mãos Lançamento do saco de feijões para dentro da caixa	Agarrar a bola com uma mão “Tiro” ao alvo Saltar e bater palmas
Body Skills (2 – 12 anos)			
“Rolar” o corpo/ Cambalhota Agilidade Pontapear Driblar Agarrar Lançamento por Cima Batimento Lançamento por Baixo “Rolar” a Bola por Baixo - Bowling			
Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (4 - 21 anos)			
Coordenação Bilateral Coordenação dos Membros Superiores			

Equilíbrio			
ABC			
4,5 e 6 anos	7 e 8 anos	9 e 10 anos	11 e 12 anos
Equilíbrio estático Saltar por cima da corda Andar em bicos de pés	Bico de Cegonha Saltar os Quadrados Equilíbrio dinâmico (caminhar com o calcanhar/ pé)	Equilíbrio na prancha de madeira Saltar os quadrados Equilíbrio com a bola	Equilíbrio sobre duas tábuas Andar para trás
Body Skills (2 – 12 anos)			
Equilíbrio Dinâmico Equilíbrio Estático Marcha Corrida Salto Horizontal Salto Vertical Salto a Pé Coxinho Galopar Salto Alternado			
Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (4 – 21 anos)			
Corrida de Agilidade Equilíbrio Força			



# **ANEXO II – Estrutura da Avaliação**

## I Sessão

Unidades de Lúria	Fatores Psicomotores	Subfatores	Descrição das Tarefas	Material
1ª	Tonicidade	Diadococinésias	A criança deve manter-se sentada confortavelmente com os antebraços fletidos sobre o braço, com os cotovelos em apoio em cima da mesa e com os braços em extensão anterior sem apoio. A criança deve realizar movimentos rápidos de pronação e supinação, simultâneos e alternados em ambas as mãos. (Efetuar várias experiências com e sem apoio dos cotovelos).	
		Sincinesias	A criança deve manter-se sentada com ambas as mãos em cima da mesa, realizando uma contração máxima da mão dominante com uma bola de espuma.	Bola de Ténis
2ª	Lateralização	Ocular	A criança deve olhar através de um tubo de papel e depois de através de um buraco feito no centro de uma folha de papel normal.	Folha de papel
		Auditiva	Pede-se à criança para simular o atendimento do telefone;	Telefone
		Manual	Pede-se à criança para cortar uma folha;	Folha e tesoura
	Noção do Corpo	Imitação de Gestos	Sugere-se à criança que observe com muita atenção as quatro posturas e gestos que o avaliador vai realizar e de seguida pede-se à criança para reproduzir os movimentos; 	
		Desenho do Corpo	Solicita-se à criança que desenhe o seu corpo o melhor que souber;	Folha de papel e lápis
	Estruturação Espaço-Temporal	Estruturação Dinâmica	Pede-se à criança para observar as fichas com fósforos, reproduzindo de seguida as mesmas sequências – orientação da	Fichas com os fósforos e fósforos

## I Sessão

3ª			esquerda para a direita;	
		Estruturação Rítmica	Sugere-se que a criança ouça com muita atenção a sequência de batimentos apresentada pelo observador, pedindo que a criança de seguida apresente a mesma sequência	Lápis
	Praxia Global	Dissociação Membros Superiores	Sugere-se à criança (na posição de pé) realize vários batimentos, em cima da mesa: 2MD – 2ME 2MD – 1ME 1MD – 2ME 2MD – 3ME	
		Dissociação Membros Inferiores	Sugere-se à criança (na posição de pé) realize vários batimentos com os pés: 2PD – 2PE 2PD – 1PE 1PD – 2PE 2PD – 3PE	
			Sugere-se à criança que realize batimentos das mãos em cima da mesa seguidos de batimentos dos pés no solo: 1MD – 2ME – 1PD – 2PE 2MD – 1ME – 2PD – 1PE 2MD – 3ME – 1PD – 2PE Prova de Agilidade (Saltitar, afastando e juntando as pernas, e ai esmo tempo realizar batimentos das palmas das mãos exactamente no momento em que afasta as pernas)	
	Praxia Fina	Coordenação Dinâmica Manual	Pede-se á criança para compor e decompor uma pulseira de 10 clips o mais depressa possível	10 clips
		Tamborilar	Pede-se à criança para realizar movimentos finos de oponibilidade, desde o dedo	

## I Sessão

			indicador até ao dedo mínimo, e em seguida na direção inversa. Realizar três sequências em cada mão e uma sequência em simultâneo; prova realizada de olhos fechados.	
		Velocidade-Precisão	Sugere-se à criança que realize o maior número de pontos e de cruzes durante 20 segundos, tendo como referências espaciais os limites dos quadrados do papel e a realização sequencial da esquerda para a direita.	Folha quadriculada e lápis

**Sequência das atividades:** As atividades devem obedecer à sequência anteriormente descrita, sendo que excepcionalmente a tarefa da coordenação manual deverá ser intercalada com a tarefa da coordenação ocular, i.e., depois da criança olhar através de um tupo de papel, deve-se pedir à mesma que dobre a folha ao meio e que recorte um círculo com a tesoura, e posteriormente que abra a folha e olhe através do círculo. As tarefas de praxia fina deverão ser realizadas antes das tarefas de praxia global.

## II Sessão

Unidades de Lúria	Fatores Psicomotores	Subfatores	Descrição das Tarefas	Material
1ª	Tonicidade	Controlo Respiratório	Sugere-se à criança que realize quatro inspirações ou expirações simples: uma pelo nariz, outra pela boca, uma rápida e outra lenta.	
		Apneia	Sugere-se à criança que se mantenha em bloqueio torácico o máximo de tempo possível.	Cronómetro
		Extensibilidade	<p>Membros Inferiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adutores: A criança deve manter-se sentada calmamente com apoio pósterolateral das mãos, afastando lateralmente as pernas, estendendo-as o máximo possível;</li> <li>- Extensores da coxa: A criança deve deitar-se dorsalmente e elevar as pernas até flectir as coxas sobre a bacia, ao mesmo tempo que o observador assiste a criança a realizar a extensão máxima das pernas,</li> <li>- Quadricípete feural: Pede-se à criança que se deite ventralmente e flecta apenas as pernas até à vertical. Nesta posição o observador deve afastar lateralmente e exteriormente ambos os pés.</li> </ul>	
			<p>Membros Superiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deltóides anteriores e peitorais: A criança mantém-se na posição de pé, com os braços pendentes e descontraídos . O observador deve assitir na aproximação máxima dos cotovelos atrás das costas;</li> <li>- Flexores do antebraço: Extensão máxima do antebraço e a amplitude de supinação da</li> </ul>	

## II Sessão

			mão, que deve ser assistida pelo observador; - Extensores do punho: Flexão máxima da mão sobre o antebraço. O observador deve pressionar suavemente o polegar.	
		Passividade	Membros inferiores: A criança deve estar sentada numa mesa ou cadeira, sendo que as pernas devem ser mobilizadas no sentido antero-posterior, observando-se ao mesmo tempo a oscilação pendular das pernas.	
			Membros superiores: A criança deve manter-se de pé, com os braços pendentes e descontraídos, ao mesmo tempo que o observador introduz deslocamentos anteriores, balanços e oscilações e oscilações em ambos os braços e mãos.	
		Paratonia	Deve-se sugerir à criança que se descontraia ao máximo, à medida que o observador mobiliza os seus membros passiva e calmamente;	
	Equilibração	Imobilidade	A criança deverá manter-se em pé durante 60 segundos com os olhos fechados e os olhos pendentes ao lado do corpo.	
		Equilíbrio Estático	Apoio rectilíneo; pontas dos pés e apoio unipedal (olhos fechados).	
		Equilíbrio Dinâmico	Marcha controlada – Evolução na trave (frente, trás, direita e esquerda) - Saltos com apoio unipedal – Saltos a pés juntos (frente, trás e com os olhos fechados) -	
	2ª	Lateralização	Pedal	Sugerir à criança que dê um passo gigante e que simule vestir as calças;
		Noção do	Sentido Cinestésico	O observador deverá sugerir à criança que

## II Sessão

	Corpo		nomeie os vários pontos do corpo em que foi tocada – testa, boca, olho direito, orelha esquerda, nuca, ombro esquerdo, cotovelo direito, joelho esquerdo, pé direito, pé esquerdo, mão esquerda, polegar, indicador, médio, anelar e mínimo direitos.	
		Reconhecimento Direita-Esquerda	Cruza a tua perna direita por cima do teu joelho esquerdo; Toca na tua orelha esquerda com a tua mão direita; Aponta o meu olho direito com a tua mão esquerda; Aponta a minha orelha esquerda com a tua mão direita.	
		Autoimagem	A criança de olhos fechados com os braços em extensão lateral, as mãos fletidas e os respetivos indicadores estendidos, deve realizar um movimento lento de flexão do braço até tocar com as pontas dos indicadores na ponta do nariz – duas vezes com cada mão;	
	Estruturação Espaço-Temporal	Organização	Pede-se à criança que ande normalmente de um ponto da sala a outra na distância de 5m, contando o número de passos em voz alta. Uma vez realizado o percurso pede-se à criança que realize um segundo percurso com mais três passos e por fim um terceiro percurso com menos três passos.	
		Representação Topográfica	O observador em conjunto com a criança faz o levantamento topográfico da sala, desenhando um percurso e solicitando-lhe a sua realização motora.	
3ª	Praxia Global	Coordenação Óculo-Manual	Sugere-se à criança que lance uma bola para dentro de um cesto de papeis colocado	

## II Sessão

			em cima de uma cadeira, a 2,50m. – Um ensaio e quatro lançamentos	
		Coordenação Óculo-Pedal	Sugere-se à criança que chute uma bola de ténis para passar entre as duas pernas da cadeira.	



**ANEXO III–**

**Plano e Relatório  
de Sessão do  
Duarte**

**Plano de Sessão**  
**Data: 19 de Novembro**

<b>Atividade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Material</b>	<b>Tempo</b>
Cumprimento e Diálogo Inicial	O terapeuta e a criança realizam um cumprimento anteriormente combinado, antes de entrarem no espaço da sessão. O terapeuta questiona como decorreu a semana e pergunta quais as atividades realizadas na sessão anterior.	- Promover a elaboração de discurso fluente e lógico;	- Condução do Pensamento; - Pistas Verbais.		5
Stop	Sugere-se à criança que percorra a sala e marche nas mais diversas direções. A um determinado som combinado pelo terapeuta e pela criança, a criança fica imóvel durante 5 segundos.  Variantes: Marchar para trás, passos pequenos e apressados, passos longos.	- Melhorar a atenção e a memória visuoespacial; - Alternar entre um estado de ativação muscular e um estado de imobilidade.			15
Movimentos Naturais	O terapeuta realiza movimentos naturais (eg. alongamentos, bocejos, suspiros) e pede que a criança faça o mesmo. A cada movimento associa-se um momento para a inspiração e outro para a expiração (eg. no espreguiçar-se, a criança deve inspirar quando baixa os braços e expirar quando levanta).	- Aumentar o planeamento de ações motores e a consciencialização do movimento; - Regular os diferentes estados tónicos;			20
Boneco Desarticulado	A criança encontra-se em pé, com os braços para cima e deixa cair as diferentes partes do corpo à medida que o terapeuta faz a nomeação dessa parte.  Variante: Realizar o exercício no sentido inverso sem que o terapeuta realize a nomeação das partes do corpo.	- Promover a tomada de consciência do esquema corporal; - Aumentar as capacidades de autocontrolo; Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do			10

**Plano de Sessão**  
**Data: 19 de Novembro**

		movimento;			
Grande Balão	<p>O terapeuta sugere que a criança deite-se num colchão e que realize a respiração costo-diafragmática, imaginando que o seu ventre é um grande balão.</p> <p>Variantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encher o balão, o mais lentamente possível;</li> <li>- Fazê-lo esvaziar igualmente o mais lentamente possível ou, ao contrário, bruscamente;</li> <li>- Manter o balão cheio durante alguns segundos, depois esvaziá-lo igualmente durante alguns segundos (noção de “apneia”).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar as capacidades de autocontrolo;</li> <li>- Aumentar o tempo de concentração e vigilância na relaxação;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colchão;</li> <li>- Almofadas;</li> <li>- Bolas.</li> </ul>	
Diálogo final e Cumprimento	<p>O terapeuta reflete em conjunto com a criança sobre o decorrer da sessão e os sentimentos que as atividades despoletaram (eg. satisfação/ desagrado).</p> <p>O terapeuta e a criança realizam o cumprimento anteriormente combinado, antes de saírem do espaço da sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a elaboração de discurso fluente e lógico;</li> </ul>			

**Relatório de Sessão**  
**Data: 19 de Novembro**

O Duarte entrou na sessão antecipadamente e sem que o técnico o tivesse ido buscar à sala de espera – razão pela qual a mãe interrompeu a sessão minutos depois, para confirmar se o Duarte estava no ginásio.

A criança e o terapeuta cumprimentaram-se, contudo, o cumprimento foi realizado sem grande entusiasmo, razão pela qual o cumprimento foi repetido.

O terapeuta sentou-se no centro da sala para iniciar o diálogo inicial, contudo o Duarte deitou-se no sofá a brincar com as bolas da sala. Quando o terapeuta pediu para que a criança viesse até ao centro da sala para o diálogo inicial, a criança acedeu ao pedido, no entanto preferiu ficar deitada e constantemente a distrair-se com outros estímulos da sala. Quando o Duarte foi questionado sobre atividades a realizar, este respondeu que pretendia fazer futebol. O psicomotricista questionou outras atividades que não incluíssem bola, contudo o Duarte não se mostrou disponível. O terapeuta sugeriu algumas atividades alternativas.

A sessão foi iniciada com o jogo do stop, contudo a criança não se mostrou colaborativa e repetiu algumas vezes as frases “Quanto mais tempo vamos fazer isto? Ou “isto é uma seca!”. O mesmo ocorreu na atividade dos movimentos naturais. A criança realizou a atividade do boneco desarticulado muito rapidamente e com movimentos pouco harmoniosos.

Uma vez que a sessão estava a induzir sentimentos de frustração no Duarte por não realizar a tarefa pretendida, o terapeuta acedeu ao pedido de realizar o jogo do futebol. Foram definidos os tamanhos da baliza e o limite de pontos – a pontuação era marcada no quadro da sala e às vezes o Duarte mostrava-se indisponível para marcar os pontos. Quando a criança marcava golos ficava muito satisfeita e esboçava um sorriso, já quando o terapeuta marcava era apelidado de “aldrabão”. A criança ainda afirmou que jogava bem e questionou o terapeuta se os outros meninos das sessões jogavam tão bem quanto ele.

Procedeu-se à arrumação da sala e ao diálogo final, em que a criança reforçou o desagrado pelas atividades sugeridas pelo estagiário.

# **ANEXO IV – Relatório de Sessão do Frederico**

**Relatório de Sessão**  
**Data: 30 de janeiro de 2013**

A criança estava sentada na sala de espera, junto à mãe. O psicomotricista perguntou à criança como estava e a criança mostrou-se bem-disposta e entusiasmada. Procedeu-se à entrada na sala e à realização do cumprimento.

O terapeuta e a criança sentaram-se, e foi questionado o que tinha acontecido na sessão anterior e a criança reproduziu as atividades com a colaboração do terapeuta. Quando a criança foi questionada sobre sugestões para realizarmos na atual sessão não mostrou muita iniciativa. Na sequência das sessões anteriores, o psicomotricista sugeriu a exploração de novos materiais.

Iniciamos a exploração do material *balanco* (Ver Ilustração 1), um material de equilíbrio que possui três plataformas centrais (zigzag, labirinto taurus e jogo do rato). A exploração do material começou com o jogo do rato (plataforma amarela) e o controlo era realizado através das mãos. Posteriormente, na tentativa de mudar e explorar as outras plataformas, o Frederico teve a necessidade de tocar os materiais e possuir um maior controlo sobre os mesmos.



**Ilustração 2 - Balanco**

O rato, a bola e a plataforma foram retirados do balanco e procedeu-se ao jogo do rato e do queijo. Neste jogo cada um dos intervenientes assumiu um papel – rato ou queijo – e o objetivo era o rato apanhar o queijo nas plataformas. Criou-se uma narrativa, sendo que o Frederico referiu, espontaneamente, os momentos em que o rato apanhava o queijo – evidenciou-se uma necessidade de antecipar a ação.

Posteriormente, o psicomotricista sugeriu que o jogo fosse recriado no espaço da sessão, através da criação de um labirinto com colchões e da elaboração de um rato e um queijo com materiais da sala. O Frederico acedeu ao pedido, contudo quis utilizar o rato e o queijo do *balanco*. Nesta atividade evidenciou-se também a necessidade de antecipar a ação. Quando o terapeuta (queijo) era capturado pelo rato, emitia interjeições de medo (*ui!*), sons esses que também eram reproduzidos pelo Frederico quando era realizada a troca de papéis.

Realizou-se ainda o jogo das escondidas com o rato e o queijo. Quando o Frederico tinha a tarefa de esconder o rato, este revelava sempre onde o ia fazer ou então escondia em locais onde o terapeuta anteriormente tinha escondido. Era evidente a necessidade de controlo a situação. O mesmo aconteceu no jogo das escondidas, já sem rato e queijo.

No final da sessão decorreu a relaxação com mobilizações passivas. Neste momento de maior proximidade entre técnico e criança foi realizado o diálogo final, onde a criança mostrou-se satisfeita com a sessão.

**Relatório de Sessão**  
**Data: 30 de janeiro de 2013**

Por fim, realizou-se o cumprimento. Ao sair da sessão e dado q o Frederico normalmente corria pelo corredor até chegar à mãe, foi combinado que seria realizado um jogo e que o primeiro a chegar até à sala de espera era um *ovo podre*. O Frederico esperou que o terapeuta avançasse e deu passos muito pequeninos até chegar á mãe.

# **ANEXO V – Lista de Sessões Clínicas**



<b>Data</b>	<b>Tema</b>
17 de outubro	Depressão na gravidez
24 de outubro	Empatia
31 de outubro	Cultura e Trauma na psiquiatria
7 de novembro	A família do doente alcoólico na prevenção das recaídas
14 de novembro	O sonho na psiquiatria contemporânea
21 de novembro	Livre-arbítrio
28 de novembro*	
5 de dezembro*	
12 de dezembro	Unidades paliativas – Intervenção com famílias nos doentes psiquiátricos
9 de janeiro	Perturbação da Identidade de Género – Um caso clínico
16 de janeiro	Rede de Saúde Mental no Brasil
23 de janeiro	Competências Parentais
30 de janeiro	Psicose na doença de Parkinson – Síndrome de Otelo
6 de fevereiro	Muito para sentir ou sentir demasiado – organização do esquema corporal e inter-relação nos processos conscientes dos indivíduos com somatização
13 de fevereiro	
20 de fevereiro	Envelhecimento e Isolamento Social
27 de fevereiro	Estágio em Intervenção Precoce na Psicose
8 de março*	
13 de março*	
27 de março	Experiência em São Tomé - Instituto Marquês de Valle Flor
3 de abril	Fatores Preditores na Infância e Adolescência da Esquizofrenia no Adulto: - Os Sinais do Corpo
10 de abril*	
17 de abril*	
24 de abril*	
15 de maio	PSIC – Reformulação do Programa espaço@com
22 de maio	
29 de maio	Investigação em psicoterapia
5 de junho*	
12 de junho	Articulação da equipa de pedopsiquiatria com a equipa de maus tratos
19 de junho	Aspectos neuropsiquiátricos na doença de Parkinson
26 de junho	Repercussões da Perturbação de Personalidade Borderline na Saúde da Criança

**\*O estagiário esteve presente na sessão, contudo o tema da sessão não foi registado.**

**Anexo VI –  
Sessão Clínica de  
3 de abril – Fatores  
Preditores na  
Infância e  
Adolescência da  
Esquizofrenia no  
Adulto – Os Sinais  
do Corpo**



## Fatores Preditores na Infância e Adolescência da Esquizofrenia no Adulto: - Os Sinais do Corpo

Sessão Clínica – 3 de Abril

Janete Maximiano & Richard Fernandes

### Pertinência do Tema

Equipa de Pedopsiquiatria:

#### Faixa Etária

Crianças dos 4 aos 17 anos com psicopatologia prevalente, com ou sem comorbilidade com as perturbações do desenvolvimento.

#### Diagnósticos mais frequentemente referenciados para a Terapia Psicomotora :

Perturbações psicossomáticas, perturbações do comportamento, mutismo seletivo, perturbações na relação e comunicação, encoprese secundária, entre outras.

Todas estas Perturbações revelam alterações psicomotoras.

A intervenção Psicomotora não tem apenas uma incidência motora, intervindo também ao nível dos processos cognitivos que são um pré-requisito para a planificação da ação.

## Pertinência do Tema

Aos 18 anos muitas destas crianças continuam no Serviço de Psiquiatria com um outro diagnóstico.

Que adultos  
serão estas  
crianças?  
...



## Teorias do Neurodesenvolvimento

- a) Esquizofrenia como uma Perturbação do Desenvolvimento;
- b) Manifestação da perturbação ocorre na segunda ou terceira década de vida, mas há sinais subclínicos que se manifestam ao longo do desenvolvimento;
- c) A implementação de estudos longitudinais permite refletir sobre esta teoria;
- d) Embora todos os estudos reconheçam a presença de sinais prévios, encontram-se discordâncias relativas à especificidade de fatores preditores.
- e) Fatores Preditores: Sociais, Cognitivos e Neuromotores/ Psicomotores





## Teorias do Neurodesenvolvimento

Alterações no Comportamento da criança constituem um ponto fulcral no modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia (Weinberger, 1987; Murray and Lewis, 1987).

Modelo fundamental porque se foca nas origens da perturbação numa fase precoce, muitos anos antes da perturbação se manifestar.

Etiologia da esquizofrenia – Perspetiva multifatorial: interação dinâmica entre fatores genéticos e ambientais (Keshavan et al., 2004; Paus e al., 2008)

(Peralta et al., 2011)

## Perturbações Mentais na Infância Vs. Risco para a Esquizofrenia

Table 1: Association between childhood mental disorders and risk of schizophrenia

	Counts		Univariate analysis			Multivariate analysis*		
	Non-cases	Cases	Odds Ratio	95% confidence Interval		Odds Ratio	95% confidence Interval	
Any mental disorder <12yrs								
No	49225	503	1.00			1.00		
Yes	1701	35	2.01	1.42	2.85	1.92	1.31	2.83
Disturbance of emotions								
No	50156	521	1.00			1.00		
Yes	770	17	2.13	1.30	3.46	1.91	1.09	3.33
Disturbance of conduct								
No	50662	533	1.00			1.00		
Yes	264	5	1.80	0.74	4.38	1.76	0.65	4.75
Adjustment reaction								
No	50657	534	1.00			1.00		
Yes	269	4	1.41	0.52	3.80	1.29	0.41	4.04
Specific delays in development								
No	50763	530	1.00			1.00		
Yes	163	8	4.70	2.30	9.61	4.84	2.25	10.42
Special symptoms or syndromes								
No	50787	536	1.00			1.00		
Yes	139	2	1.36	0.34	5.52	1.57	0.39	6.37
Hyperkinetic syndrome of childhood								
No	50811	534	1.00			1.00		
Yes	115	4	3.31	1.22	9.00	4.07	1.49	11.14

\*: All models adjusted for ages of mother and father at delivery, Apgar score at 5 minutes, history of negative birth outcomes, IRSED for residential location at birth

(Liang & Chikritzhs, 2012)

## Perturbações Mentais na Infância Vs. Risco para a Esquizofrenia

N=51464 Crianças do género masculino nascidas entre 1980 e 1984;

3.37% (1736) com uma ou mais Perturbações Mentais antes dos 12 anos

Crianças com um ou mais diagnósticos com maior propensão para desenvolver esquizofrenia;

Atrasos específicos no desenvolvimento, Síndrome Hiperquinética na infância (ICD-9) e Perturbação das Emoções (ICD-9) associados a um risco significativo para desenvolver esquizofrenia;

Crianças que desenvolveram alguma perturbação mental antes dos 12 anos têm o dobro do risco para desenvolver esquizofrenia do que as que não têm diagnóstico.

(Liang & Chikritzhs, 2012)



### Por exemplo

Hipóteses para compreender a natureza da relação entre a PHDA na infância e as Perturbações do espectro da esquizofrenia:

- a) Fatores de Risco Partilhados;
- b) PHDA como expressão de uma alteração desenvolvimental inerente à vulnerabilidade da família para a esquizofrenia (Keshavan et al, 2008);
- c) Crianças com PHDA representam um subgrupo com maior propensão para desenvolver uma Perturbação do Espectro da Esquizofrenia;
- d) Pacientes com esquizofrenia e sintomas de PHDA representam uma condição clínica distinta, com uma baixa resposta a drogas anti-psicóticas (Bellak & Charles, 1979)

(Peralta et al, 2011)



# Sintomas na Esquizofrenia

Table 1  
The symptoms of the three factor concept of schizophrenia\*

Psychomotor poverty	Cognitive disorganization	Reality distortion
Paucity of expressive gestures Lack of vocal inflections Unchanging facial expression Decreased spontaneous movements Poor eye contact Affect non-responsivity Poverty of speech Increased latency of response Physical anergia Lack of recreational interests and activities Inability to feel intimacy and closeness Social inattentiveness Impersistence at work or school Few relationships with friends and peers	Derailment Tangentiality Illogicality Circumstantiality Poverty of content of speech Persecutory delusions Aggressive and agitated behavior Inappropriate affect	Delusions of being controlled Thought insertion Delusions of mind reading Auditory hallucinations Voices commenting Delusions of reference Thought broadcasting Religious delusions Grandiose delusions

\* Symptom groupings are taken from Malla et al. (1993).

(Baum & Walker, 1994)

**Maioria dos estudos avaliam défices neuromotores em indivíduos já com o diagnóstico de esquizofrenia estabelecido:**

**- A disfunção precede a esquizofrenia ou é uma consequência da doença ou do tratamento?**

# Revisão da Literatura

Inúmeros são os estudos utilizados para verificar os antecedentes pré-mórbidos

## Estudos prospectivos

- Estudos longitudinais de uma cohort da população geral;
- Estudos prospectivos de uma cohort de pacientes com alto risco de desenvolver esquizofrenia (crianças que tenham pelo menos um dos pais com esquizofrenia;

## Estudos Retrospectivos

- Estudos a partir de uma cohort de pacientes com esquizofrenia;
- Estudos a partir de uma cohort de pacientes com esquizofrenia de início precoce (início da perturbação antes dos 18) ou muito precoce (início da perturbação antes dos 13) – Os antecedentes pré-mórbidos nestes casos são mais evidentes;
- Estudos retrospectivos utilizando filmes familiares


## Antecedentes na esquizofrenia

**Dificuldade em quantificar os sinais referidos na literatura devido à heterogeneidade dos tipos de estudos e à forma como os resultados são identificados.**



- Problemas do Desenvolvimento
- Problemas da Linguagem
- Problemas da Interação Social
- Problemas de Comportamento
- Problemas Cognitivos





# Antecedentes na esquizofrenia

## Problemas do desenvolvimento

Maior número de problemas do comportamento na infância em adultos com esquizofrenia do que na população em geral e em indivíduos com outra psicopatologia.

## Que Problemas?

### Atrasos ao concluir eficazmente etapas do desenvolvimento motor:

- Manter a posição de sentado sem apoio;
- Atraso na aprendizagem da marcha.

(Thomas; Genest & Walter, 2010)

# Antecedentes na esquizofrenia

Dos 0 aos 5 anos possível distinguir três grupos de crianças nas que posteriormente desenvolveram esquizofrenia :

- 1) Crianças Irritáveis e Agressivas – 40%
- 2) Crianças calmas, sossegadas, muito tímidas – 31,5%
- 3) Grupo heterogêneo - 28,5%

## Comportamentos Prevalentes

### 4 e 7 anos

- Sugar o dedo polegar, roer as unhas, movimentos das mãos sem intenção, risos desadequados, choro excessivo, ecolália, comportamentos estereotipados

### 6 e 12 anos

- Atitude de defesa, isolamento, timidez, fantasias, bizarrias - Características que fazem lembrar o autismo.

(Thomas; Genest & Walter, 2010)

## Teorias da evolução dos antecedentes pré-mórbidos

- a) Os problemas de atenção perturbam as capacidades para construir uma relação interpessoal, o que contribui para prejudicar o desenvolvimento das interações sociais;
- b) Os atrasos de desenvolvimento motor na infância e os défices cognitivos na vida adulta são manifestações em idades diferentes de um processo neural comum;
- c) Alguns défices autossustentam-se: lógica do círculo vicioso.



(Thomas; Genest & Walter, 2010)

Os elementos patológicos limitam as capacidades de adaptação, acentuando ainda mais os défices.

Défice primário ao nível das competências sociais poderá provocar uma dificuldade no estabelecimento de relações sociais o que se traduz numa preferência por jogos solitários, isolamento social..

## Desenvolvimento da criança



**Interação de diferentes áreas funcionais**

(Wagner et al, 2012)



## Etapas do Desenvolvimento Motor

- Actos motores :
  - Acto motor reflexo
  - Acto motor voluntário
  - Acto motor automático



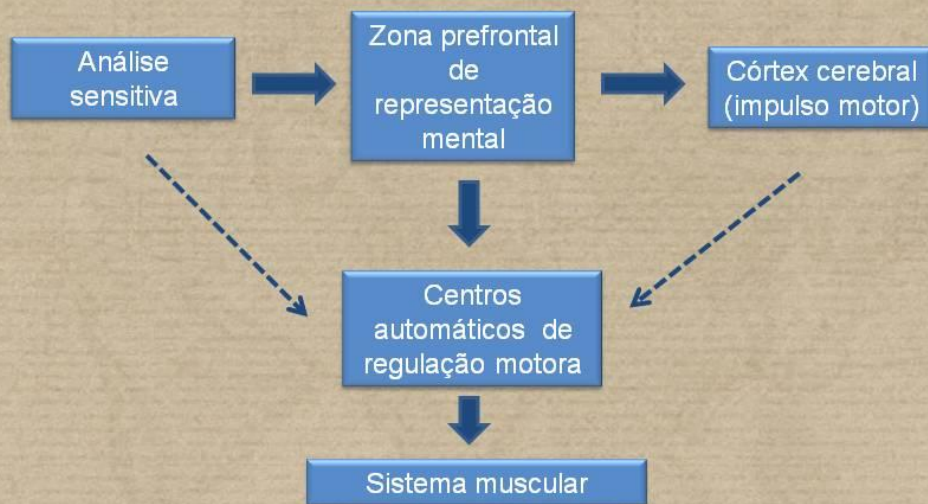
### Acto motor reflexo



Reflexo de sucção  
Reflexo de preensão  
Reflexo natatório  
Reflexo tónico do pescoço

Reflexo de Moro  
Reflexo de Babinsky  
Reflexo de Marcha

## Acto motor voluntário



Exemplo: beber um copo de água, pentear o cabelo, tomar duche...

## Acto motor voluntário

### 3 Momentos

- 1) Estimativa das solicitações em função da experiência vivida
- 2) Elaboração da imagem motora do movimento devido à intervenção da área motora cortical
- 3) Execução do acto motor através do deslocamento corporal e dos seus segmentos com um objectivo concreto



## Acto motor automático



Exemplo: Automatização da marcha, ou escrita

O aperfeiçoamento da função motora evolui desde os actos reflexos e dos movimentos descoordenados e sem uma meta específica, até aos movimentos coordenados e precisos do acto motor voluntário e hábitos motores do acto motor automático.

## Bases do desenvolvimento psicomotor



Maturação cortical e relacional  
Estabelecimento de contacto com os objectos e com os outros através do movimento e da acção  
Controlo do próprio corpo para extrair as possibilidades máximas

2 componentes:

- Externo ou prático: a acção;
- Interno ou simbólico: a representação do corpo e suas possibilidades de acção

## Défices no Desenvolvimento Motor

### Em que Perturbações ?

PHDA  
Depressão  
Ansiedade  
PEA  
Tiques  
DAMP/ PCM  
Perturbação Psicótica  
Perturbação Bipolar

### Sinais

Diadococinésias  
Estereotípias  
Hipertonicidade  
Falta de Equilíbrio  
Hipotonicidade  
Hipertonicidade  
Descoordenação Motora  
Assomatognosia  
Sincinésias  
Défices na Coordenação Óculo  
Manual  
Défices ao Nível da  
Dissociação dos Membros

## Compreender e enquadrar o sintoma

Qual o défice motor?

Como se observa? Em que Comportamentos?

Como se pode Explicar?

Ex.: Comportamentos de *Sensation Seeking* Vs.  
Agitação Psicomotora de base relacional





## ***“Soft Signs”***

Sinais clínicos observados através de um exame neurológico;  
Disfunções neurológicas não localizadas, que podem estar relacionadas com uma região específica do cérebro e que não são vistas como sinais integrantes de uma síndrome.

Marcadores de vulnerabilidade para a esquizofrenia;

Marcador biológico, transmitido geneticamente e que indica risco para uma perturbação.

**Familiares de 1.º grau de pacientes com esquizofrenia apresentam frequentemente estes sinais.**

(Schiffman et al, 2007)



## ***“Soft Signs”***

***Soft Signs*** frequentemente observados na esquizofrenia:

- Descoordenação Motora
- Défices na sequência de movimentos
- Problemas no movimento dos olhos

### **Descoordenação Motora:**

- Categoria mais referida nos ***Soft Signs*** em pacientes com esquizofrenia e em indivíduos com alto risco de desenvolver esquizofrenia
- Elemento chave na abordagem neurodesenvolvimental da esquizofrenia
- Fator diferenciador em sujeitos com alto risco para desenvolver a psicopatologia Vs. Sujeitos de controlo
- Desvio mais frequente na infância.

(Schiffman et al, 2007)

# Unidades Funcionais de Luria

## 1.ª Unidade

Regulação tónica de  
alerta e dos estados  
Mentais

## Fatores Psicomotores

Tonicidade  
Equilibração

## 2.ª Unidade

Recepção, análise e  
armazenamento da  
Informação

Lateralização  
Noção do Corpo  
Estruturação  
Espácio-Temporal

## 3.ª Unidade

Programação,  
Regulação e  
verificação da  
actividade

Praxia Global  
Praxia Fina

Organização Hierárquica

(Fonseca, 2007)

## TONICIDADE

(Fonseca, 2007)

- Alicerce fundamental para as atitudes, posturas, mímicas, emoções;
- Assegura a preparação dos músculos para a atividade postural e práxica;
- Tónus de repouso e tónus de ação;
- Relacionada com as respostas adaptativas à gravidade;
- Extensibilidade e passividade;
- Hipertonia e hipotonia.

## AVALIAÇÃO

- Extensibilidade dos membros;
- Passividade;
- Diadococinésias (Mãos);
- Sincinésias (buciais e contralaterais)



# EQUILÍBRIO

(Fonseca, 2007)

- Ajustamentos posturais antigravíticos;
- Reflete a resposta motora vigilante e integrada;
- Aptidões estáticas e dinâmicas;
- Integração da postura num sistema funcional complexo, que combina a função tónica e a proprioceptividade ;
- Sistema vestibular (ouvido interno) – primeiro sistema a mielinizar – deteção do movimento e gravidade

## AVALIAÇÃO

- Imobilidade;
- Equilíbrio estático;
- Equilíbrio dinâmico;

“Sem domínio postural, o cérebro não aprende, a motricidade não se desenvolve e a atividade simbólica fica afetada”

# LATERALIDADE

(Fonseca, 2007)

- Especialização hemisférica e preferência manual;
- Integração bilateral do corpo (uso de instrumentos) – importante para controlo postural e controlo percetivo-visual;
- Noção de simetria e linha média do corpo – orientação no espaço

## AVALIAÇÃO

- Lateralidade:
  - Ocular;
  - Auditiva;
  - Manual;
  - Pedal

## NOÇÃO DO CORPO

(Fonseca, 2007)

- Recepção, análise e armazenamento das informações vindas do corpo;
- Noção intuitiva da auto-imagem sensorial interior → noção especializada e localizada linguisticamente;
- Elabora-se e armazena-se como construção gnósica corporal (*somatognósia*);
- Semiotiza-se por meio da experiência cultural;

“O corpo é um objeto psicológico e um construção psicológica)

### AVALIAÇÃO

- Sentido cinestésico;
- Reconhecimento direita-esquerda;
- Auto-imagem;
- Imitação de gestos;
- Desenho do corpo

## ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL

(Fonseca, 2007)

- Decorre da organização funcional da lateralização e noção do corpo – distancia do espaço subjetivo para se projetar no espaço objetivo;
- Integração cortical de dados espaciais (lobo occipital) e dados temporais (lobo temporal ou parietal)

### Avaliação

- Organização (cálculo e ajustamento de distâncias);
- Estruturação dinâmica (memorização sequencial visual);
- Representação topográfica;
- Estruturação rítmica



## PRAXIA GLOBAL

(Fonseca, 2007)

- Compreende tarefas motoras sequenciais globais;
- Realização e automatização dos movimentos globais complexos;
- Integração e interação da primeira e segunda unidade de Luria;
- Expressão da informação do córtex motor;
- Encerra a unidade de um pensamento abstrato que se traduz numa ação motora concreta.

### Avaliação

- Coordenação óculo-manual;
- Coordenação óculo-pedal;
- Dismetria (observação das tarefas anteriores);
- Dissociação (membros superiores e inferiores);
- Agilidade

## PRAXIA FINA

(Fonseca, 2007)

- Micromotricidade e perícia manual;
- Integra todas as unidades de Luria;
- Controlo visual e manutenção da atenção;
  - Emancipação cortical da mão corresponde ao campo ocular frontal

### AVALIAÇÃO

- Coordenação dinâmica manual;
- Tamborilar;
- Velocidade e precisão



**Nos últimos anos, tem-se vindo a desenvolver cada vez maior interesse na avaliação standardizada de sinais neuromotores em adultos com perturbação psicótica**

- Neurological Evaluation Scale, Buchanan & Heinrichs (1989);
- Heidelberg NSS Scale, Schroder et al. (1993);
- Quantified Neurological Scale, Convit et al. (1994)
- Cambridge Neurological Inventory (1995)
- Standardize Neurological Examination, Krebs et al. (2000)



## **BRIEF MOTOR SCALE** Jahn et al (2006)

Os itens da avaliação referem-se a 3 áreas de neurodisfunção na esquizofrenia:

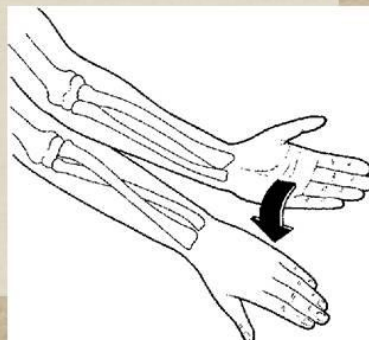
- 1) Função Sensorial Integrativa
- 2) Coordenação Motora;
- 3) Sequencialização de tarefas motoras complexas

## **Brief Motor Scale**

Não muito diferente da avaliação PM organizada segundo a hierarquização Luriana

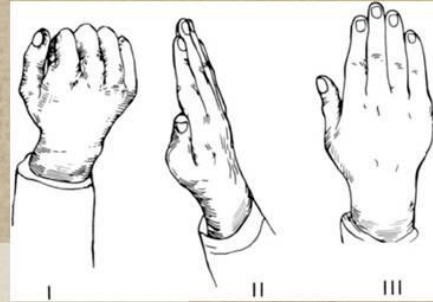
### **Descrição dos itens:**

- Pronação / Supinação (direita e esquerda)  
Batimento das mãos com costas e palma (repetição 20x)
- Diadococinésias  
Pronação e supinação das mãos em simultâneo e alternância
- Oseretsky  
Repetição de uma sequência de movimentos
- Oposição dedo-polegar  
Tocar no polegar desde o indicador até ao mindinho
- Batimento dos pés  
Batimento pedal com determinado ritmo





## Brief Motor Scale



- Punho-argola

Fechar mão e abrir em argola (tocar dedos e polegar)

- Punho-borda-palma

Bater na mesa com o punho, borda da mão e palma sucessivas vezes

- Produção de ritmos

Prestar atenção a diferenças rítmicas e de intensidades sonoras

- Batimento de ritmo bilateral

Batimento de ritmos no bordo da mesa com o dedo indicador

- Impersistência do olhar

Fixar o olhar no lápis em movimento (45º)

**Talvez não se deva estabelecer uma barreira entre o domínio motor e o cognitivo**

O Controlo Motor envolve processos cognitivos, tais como a inibição de movimentos frequentes, a antecipação e a atualização de aspetos da tarefa para permitir a planificação, resistir à interferência da fadiga postural, a monitorização e a correção de movimentos / ações incorretas.  
(Rigoli et al. 2012)



**Atividade física durante a infância poderá favorecer a neurocognição**

## Conclusões...

... cada sinal é pouco fiável quando analisado isoladamente;

... relevância do tema para a saúde pública de forma a detetar precocemente e maximizar o tratamento;

... correlacionar os vários fatores preditores em futuros estudos, especialmente os fatores motores e cognitivos;

... instrumentos de avaliação psicomotora mais específicos e não apenas dirigidos às praxias globais;

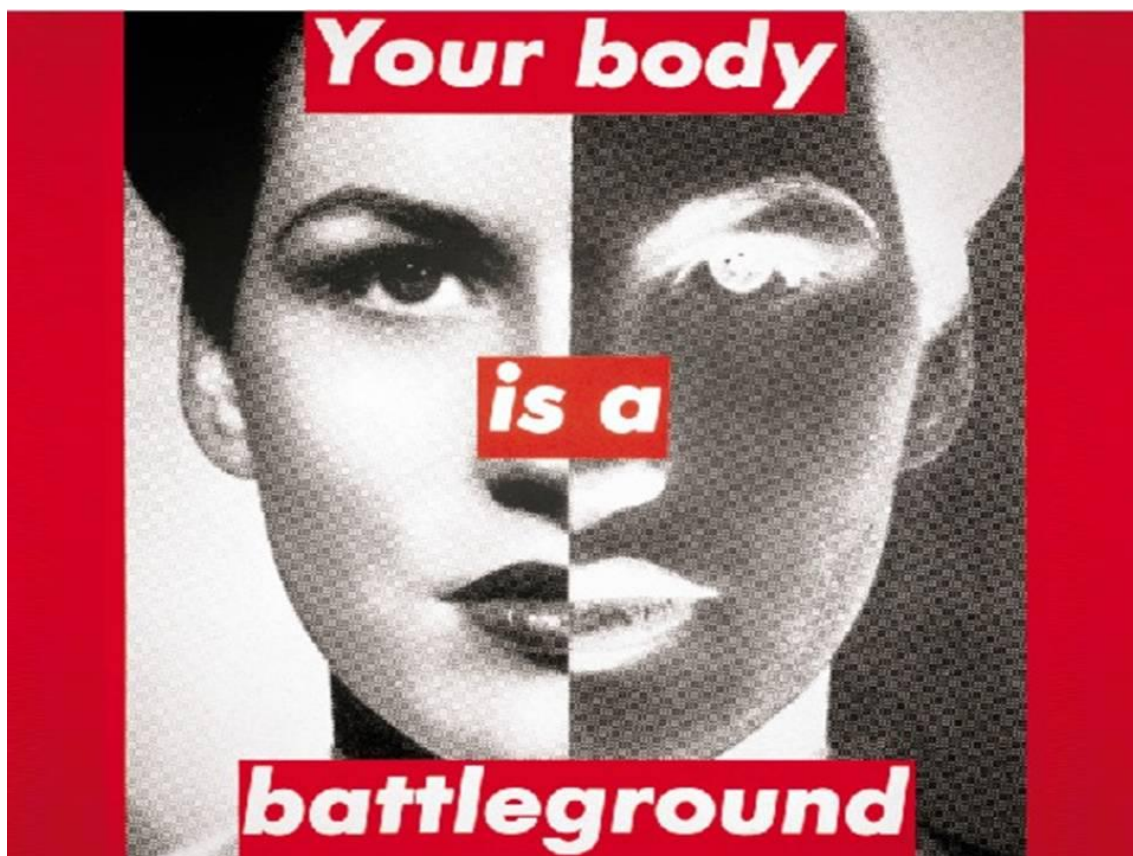
... importante não descurar o contexto sóciofamiliar e perceber as diferenças culturais no desenvolvimento psicomotor;

... importância de (re)pensar a investigação no serviço com a população de crianças atendidas na consulta de pedopsiquiatria, monitorizando a sua evolução na idade adulta.

## Bibliografia

- Baum, K. M., & Walker, E. F. (1995). Childhood behavioral precursors of adult symptom dimensions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16, 111-120.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Rock, D., Roberts, S. A., Janal, M., Kestenbaum, C., Cornblatt, B., et al. (2000). Attention, Memory, and Motor Skills as Childhood Predictors of Schizophrenia-Related Psychoses: The New York High-Risk Project. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1416-1422.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.
- Jahn, T., Cohen, R., Hubmann, W., Mohr, F., Köhler, I., Schlenker, R., et al. (2006). The Brief Motor Scale (BMS) for the assessment of motor soft signs in schizophrenic psychoses and other psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 142(2), 177-189.
- Jonhstone, E. C., Ebmeier, K. P., Miller, P., Owens, D. G. C., & Lawrie, S. M. (2005). Predicting schizophrenia: findings from the Edinburgh High-Risk Study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 18-25.
- Keshavan, M. S., Sujata, M., Mehra, A., Montrose, D. M., & Sweeney, J. A. (2002). Psychosis proneness and ADHD in young relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 59, 85-92.
- Liang, W., & Chikritzis, T. (2012). Childhood Mental Disorders and Risk of Schizophrenia. *American Medical Journal*, 3(1), 43-46.
- Peralta, V., Jalón, E., Campos, M., Zandio, M., Sanchez-Torres, A., & Cuesta, M. (2011). The meaning of childhood attention-deficit hyperactivity symptoms in patients with a first-episode of schizophrenia-spectrum psychosis. *Schizophrenia Research*, 126, 28-35.
- Rigoli, D., Piek, J., Kane, R., & Oosterlaan, J. (2012). An examination of the relationship between motor coordination and executive functions in adolescents. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54, 1025-1031.
- Schiffman, J., Sorensen, H., Maeda, J., Mortensen, E., Victoroff, J., Hayashi, K., et al. (2009). Childhood Motor Coordination and Adult Schizophrenia Spectrum Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1041-1047.
- Schiffman, J., Walker, E., Ekstrom, M., Schulsinger, F., Sorensen, H., & Mednick, S. (2004). Childhood Videotaped Social and Neuromotor Precursors of Schizophrenia: A Prospective Investigation. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2021-2027.
- Thomas, G., Genest, P., & Walter, M. (2010). L'enfance des schizophrènes: revue de la littérature. *Annales Médico Psychologiques*, 168, 127-133.
- Wagner, M. O., Bob, K., Jascenoka, J., Jekauc, D., & Petermann, F. (2012). Peer problems mediate the relationship between developmental coordination disorder and behavioral problems in school-aged children. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2072-2079.





**ANEXO VII –**  
**Programa do 5.º**  
**Simpósio de**  
**Psiquiatria do HFF**



# 5º SIMPÓSIO

Serviço de Psiquiatria do  
Hospital Prof. Doutor  
Fernando Fonseca,  
EPE



## SEXTA-FEIRA | 1 | MARÇO | 2013

10:00 > 10:30 **Sessão de Abertura**

10:30 > 11:30 **CONFERÊNCIA**

Afetos e cognições: em que diferem?  
Prof. Luís Ferreira, Porto

Comentador: Dr. Nuno Borja Santos, Lisboa

11:30 > 12:00 *Coffee-break*

12:00 > 13:00 **SIMPÓSIO SATÉLITE SERVIER**

Agomelatina no universo emocional da depressão  
Prof. Catherine Harmer, U.K.

13:00 > 14:30 *Almoço*

14:30 > 16:30 **MESA REDONDA**

Pesquisa e conhecimento

Moderador: Prof. Miguel Xavier, Lisboa

Acrasia Emocional e Empatia

Prof. Dina Mendonça, Lisboa

Cognición y Esquizofrenia: de la Neurocognición  
a la Cognición Social

Prof. Rodríguez Jiménez, Madrid

Reabilitação cognitiva: o papel das emoções

Prof. Marques Teixeira & Hugo Sousa, Porto

16:30 > 17:00 *Coffee-break*

## 17:00 > 18:00 **CONFERÊNCIA**

Sinto e Penso, logo Existo!: Abordagem  
integrativa das emoções

Prof. Branco Vasco, Lisboa

Comentador: Drª. Susana Jorge, Lisboa

18:00 **Outras emoções, outros momentos**

Performance artística: João Fiadeiro

## SÁBADO | 2 | MARÇO | 2013

09:15 > 10:00 **CONFERÊNCIA**

A Psicopatologia das Emoções,  
Cognições e Afetos

Prof. Pio de Abreu, Coimbra

Comentador: Drª. Teresa Maia, Lisboa

Divulgação e entrega do prémio  
para o Melhor Poster

10:00 > 10:15 *Coffee-break*

10:15 > 11:00 **CONFERÊNCIA**

O afeto no conhecimento do outro

Prof. Coimbra de Matos, Lisboa

Comentador: Dr. João Carlos Melo, Lisboa

11:00 > 12:30 **MESA REDONDA**

A emoção como experiência humana

Moderador: Drª. Alice Luís, Lisboa

A emoção como experiência humana

- A perspectiva do psicoterapeuta

Prof. Marco Paulino, Lisboa

A emoção como experiência humana

(Palestrantes ligados à área das Artes e Cultura)

12:30 **Sessão de Encerramento**

**ANEXO VIII –  
Programa da  
Conferência  
Valuing Baby and  
Family Passion –  
Towards a Science  
of Happiness**

## 7 de Maio

- 9:00** "Early Lecture"  
Single Family Room NICU Improves Infant Outcome  
**Barry Lester**  
Moderador: **João Justo**
- 10:15** Sessão de Abertura | Opening Ceremony  
**Artur Santos Silva**  
Presidente da Fundação Calouste Gulbenkian  
**António Sampaio da Nóvoa**  
Reitor da Universidade de Lisboa  
**João Gomes-Pedro**  
Presidente da Fundação Brazelton/Gomes-Pedro  
para as Ciências do Bebê e da Família
- 10:45** Tribute to Berry Brazelton  
**Barry Lester, Edward Tronick,**  
**Kevin Nugent, Joshua Sparrow,**  
**Nadia Bruschweiler-Stern,**  
**João Gomes-Pedro**
- 11:15** Pausa Café
- 11:45** Building Happiness Through Touchpoints  
**Berry Brazelton | Joshua Sparrow**  
Moderador: **João Gomes-Pedro**
- 12:15** Discovering the Baby – a route for  
an early intervention with families  
**Kevin Nugent**  
Moderadora: **Rita Silveira Machado**
- 13:30** Pausa Almoço
- 15:00** Towards a Science of Happiness –  
A Challenge for Clinicians  
**Stefan Klein**  
Moderadora: **Teresa Goldschmidt**
- 16:15** Pausa Café
- 16:45** Pretend You Fedded Me: A Developmental Rewind  
**Marilyn Davillier**  
Moderadora: **Isabel Soares**

## 8 de Maio

- 9:30** Regulation for Love:  
The Mother-Infant Paradigm  
**Edward Tronick**  
Moderadora: **Marina Fuenes**
- 10:45** In memoriam Daniel Stern  
**Berry Brazelton,**  
**Maria José Gonçalves, Emilio Salgueiro,**  
**João Gomes-Pedro**
- 11:15** Pausa Café
- 11:45** Epigenetics and the Development of Child  
Mental Health Disorders  
**Barry Lester**  
Moderador: **Luís Sobrinho**
- 13:00** Pausa Almoço
- 15:00** Using NBAS as an early  
intervention – La Magie de l'Amour  
**Nadia Bruschweiler-Stern**  
Moderadora: **Maria Raúl Lobo Xavier**
- 16:15** Pausa Café
- 16:45** Health and Education through  
Touchpoints – Best Evidence  
**Joshua Sparrow**  
Moderadora: **Ana Teresa Brito**
- 18:00** Encerramento  
**Jorge Soares | João Gomes-Pedro**